ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO IV. — 1884-85

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

FONDATO E DIRETTO

dal dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto
Prof. incaricato per l'insegnamento di Laringologia nella R. Univ. di Napoli.

REDATTORE

DOTT. PIETRO MASUCCI

Prof. pareggiato e Coadiutore alla Cattedra di Laringologia.

ANNO IV. — 1884-85

NAPOLI
TIPOGRAFIA DEL VAGLIO
Piazza Cavour N.° 13
1885

PARTE ORIGINALE

Su di un ascesso traumatico e di un ematoma del setto del naso.

CONSIDERAZIONI CLINICHE PEL

Dott. GIACOMO CICCONARDI

Medico del Reale Albergo dei Poveri

Ei pare che queste affezioni di cui mi propòngo esporre alcuni casi clinici, non sieno troppo frequenti e troppo illustrate. Dacchè all' Ospedale Clinico Napoletano è stata fondata l'Ambulanza laringoiatrica, non se ne sono avuti che due soli casi, proprio quelli dei quali parlo, occorsi di recente, e per questo non ancora annoverati nei Rendiconti Statistici che degli infermi medicati al suddetto Dispensario pubblica il Direttore Prof. Massei.

Sono — come è agevole intendere — due affezioni clinicamente distinte, ed io avrei potuto parlarne in capitali separati — Ma mi è parso opportuno aggrupparle dacchè, vuoi per l' identità del momento etiologico, vuoi per le fasi successive, vuoi per l' indirizzo terapeutico, meglio è considerarle contemporaneamente.

Ecco adunque, brevemente esposte, le notizie storiche dei nostri infermi:

1. — Partini Pasquale è un giovanetto di anni 15, da Napoli, di mediocre costituzione organica. È infermo da 8 mesi, quando in litigio, da un suo compagno ebbe un pugno sul viso, che gli procurò immediatamente vivo dolore, specie alla regione nasale, ma che scomparve dopo pochi giorni, e che si accompagnò a febbre e cefalea frontale di mediocre intensità. Frattanto, poco a poco cominciò ad avvertire molestia alla respirazione e sensazione di corpo estraneo nel naso, e quando si presenta all'Ambulatorio si lagna sopratutto di dispnea, di alterato timbro vocale, e di accresciuta secrezione nasale. All'esame obbiettivo si nota una sporgenza bilaterale del setto, che nasce spianata

dalla sua base, con mucosa di colorito pressochè normale ed indolente. Palpando si à chiaro il senso della fluttuazione e l'onda liquida premuta da una narice si raccoglie nell' altra, distendendola. Nè sul naso, nè sulle parti circostanti, si à notar nulla d'anormale. Non ci sono discrasie di sorta, non ci sono stati morbi infettivi.

Diagnosi — Ascesso traumatico del setto nasale.

Se ne opera la punzione e vien fuori discreta quantità di pus, per cui si vuotano completamente le bozze. Si produce frattanto leggera depressione della parte superiore del naso, e proprio in corrispondenza del setto; depressione che dopo un paio di giorni si accentua sempre più e permane. Pus non si produce più: resta però un prolasso leggero della mucosa, che tende a scomparire con sole medicature detersive ed astringenti.

2. — Stasio Luigi, di anni 8, da Napoli, di buona costituzione, scherzando urtò del viso contro la fronte d'un fratellino. La parte più addolorata gli restò il naso, e 2-3 giorni dopo, cominciò ad avvertire gran molestia nella respirazione, nell'odorazione, modificato il suono della voce, senso di peso in ambo le narici. Fece irrigazioni varie per parecchio tempo, e, trascorso un mese, si presenta a noi. Si riscontra bozza bilaterale del setto, con cute integra, che occlude quasi completamente le fosse nasali, duro-elastica alla palpazione e mediocremente fluttuante.

Diagnosi — Ematoma del setto.

Operata la puntura, vien fuori sangue più o meno liquido, e qualche piccolo grumo che si estrae con le manovre. Medicatura detersiva. Guarigione pressochè immediata.

***

Chi ha prodotto queste due affezioni nei nostri giovani infermi? Non occorre insistere. Oltre che c'è il trauma, elemento etiologico di capitale importanza in cosiffatti morbi, non ci sono altre ragioni capaci di determinarle. Non trattasi adunque di ascesso freddo, consecutivo a stati cachettici generali, a scrofola p. es., o come suole avvenire ordinariamente, a necrosi del naso o ripetute corizze, o furuncoli o corpo estraneo, o malattie del seno frontale, o secondario di quelle forme che si possono avere quando ci sono tutte le cause adatte a produrle in altre regioni; non febbri gravi, non morbillo, non vaiuolo, o tifoide.

Importa solo, constatata la etiologia, spiegare un pochino il meccanismo di azione. In genere, dato un trauma, quando questo agisca contundendo, sul naso possono prodursi queste svariate lesioni:

Ecchimosi. Della quale non m'occuperò, stante che essa suol esser compagna di tutte le lesioni traumatiche del naso, meno quando non

se gli producono alla base. Difatti è segnato dagli autori che quivi non si manifesta per la densità dei tessuti, i quali non permettono un infiltramento sanguigno, ma bene è considerare pure che, sprovvista come è, la base di parti scheletriche ossee, il trauma si trasmette in tutte le direzioni, non trovando resistenza in alcuna, ed in nessuna quindi esercitando peculiare azione.

Ematoma. È una delle forme più interessanti, che consegue all'ecchimosi, riferendoci all' intensità della cagione esterna, e che a fortiori, esclusa l' ecchimosi degli integumenti esterni, debbe esser pure escluso da queste regioni.

È difatti sulla superficie interna, nella cavità, che si produce, e segnatamente nel setto. Poniamo che il trauma sia tale da interessare la continuità della cartilagine del setto o poniamo che ne procuri il distacco dal tessuto fibroso che l'avvolge, o che, provocandone un brusco incurvamento, produca lo scollamento della mucosa che la ricovre; in tutti questi casi, l' ematoma è formato. E perchè debba sempre prodursi, occorrerebbe insistere sulla direzione del trauma. Quando, difatti, questo cade perpendicolarmente alla cartilagine, si produce con più facilità una lesione di continuo nel corpo della cartilagine stessa. Ma una irritazione si à pure nel connettivo che la ravvolge nella sua porzione inferiore. È un' azione morbosa che si esercita, come direbbesi, per contraccolpo. Che se il trauma cade in una direzione obliqua, può talvolta, pur essendo energico, non destare che un disturbo nella simmetria delle parti per deviazione del setto, ed il lento lavorio flogistico che vi s' induce, non vale ad altro che a determinare una neoplasia ed iperplasia di elementi connettivali che ispessiscono la mucosa.

Ascesso. Eleviamo ad un grado più cospicuo l' intensità del trauma, rivolgiamolo ad una sola direzione, facciamo che esso — come per l'ematoma — agisca di botto, ammettiamo una certa reazione da parte dei tessuti maltrattati, e la genesi dell' ascesso è spiegata. Ma questo, diremmo, è il meccanismo generale: pel naso occorre qualcos' altro. In verità quella che si direbbe predisposizione ad infiammare, non pare che nei diversi elementi scheletrici del naso si ritrovi. Traumi del naso sono frequenti : tutt' altro che frequenti ne sono gli ascessi, e quando, come reazione di morbo si è prodotta una ecchimosi, pel solito non si và più in là. Per questo forse i Trattatisti di malattie mediche e chirurgiche trascurano questo capitolo, onde appena nel Ziemssen, nel Nélaton, ed in qualche altro troviamo accennato a questo che è uno degli argomenti più importanti della Patologia nasale, e nel Bresgen(1), uno dei più recenti scrittori di Rino-laringoiatria, non

(1) Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen - Mundrachen, und Kehlkopf - Krankheiten — 1884.

troviamo addirittura nulla. Senza dire che talvolta, posto un trauma energico, anzi con questo solo si determina più che un ascesso, una rinite purulenta, fatto molto raro e di cui Chassaignac à citato un esempio.

. Occorre, secondo taluni, che avvenga la rottura della cartilagine del setto, e se questa può esser riscontrata in caso di ematomi, deve sempre trovarsi negli ascessi. Perciò gli ascessi è raro, anzi molto raro che si trovino bilaterali. Pare, secondo altri che sieno a segnare ascessi consecutivi ad ematomi, od altrimenti si opina che venuto fuori il sangue ed accaduta la trombosi dei capillari, questo resta corpo morto nelle mucose, e vi subisca le fasi che conducono alla suppurazione, più che quelle per le quali può essere assorbito. Così van spiegati quei pochi casi nei quali si riscontrano ascessi unilaterali: dapprincipio era proprio un ematoma e le fasi consecutive han dato un ascesso, senza con ciò voler dire che queste forme di suppurazione sieno a conseguire assolutamente ad ematomi, che alla lor volta sogliono e possono essere bilaterali.

Ora chi produce questa rottura della cartilagine? Qui sono varie e discordi le opinioni, ma in generale deve dirsi che sono ignote le circostanze che preparano e portano la perforazione del setto (Follin).

Una prima ipotesi, quella che sorge più sollecita alla mente, è che il traumatismo eserciti su di essa cartilagine la sua più energica azione e ne operi le scontinuità al momento dell'accidente (1). Jarjavay pensa, di fatti, che le bozze sanguigne sieno sempre il risultato di una frattura della cartilagine. Secondo altri, la cartilagine priva delle sue comunicazioni s' ulcera e si perfora. Spiegazione questa che vale quando la comunicazione che si produce tra le due bozze, sieno di sangue, sieno di pus, s' opera tardivamente. Secondo altri ancora, più che per perforazione, la continuità tra i due tumori è fatta dalla perdita, per trasformazione in pus, del connettivo che ravvolge la cartilagine. Opinioni queste che valgono tutto, ma ciascuno, limitatamente e che possono valere nell' un caso e nell' altro, or l' una ed or l' altra.

Frattura delle ossa. L' ultima per gravezza della possibilità e di cui non debbo curarmi, salvo per dire che può produrre degli ascessi non limitati però al setto, ma diffusi a parti diverse del naso ed ampiamente tra loro comunicanti.

Ora, poichè mi son proposto dire qualcosa degli ascessi traumatici e degli ematomi del setto, non mi dilungherò a parlare delle altre possibili cause di ascesso; discrasie, infezioni gravi, osteoperiostiti, ca-

---

(1) Fleming. Gazette médicale, 1830.

chessie, e del loro meccanismo di azione, e nelle quali si può pure avere la perforazione del setto (Roger, Charcot).

∴

La forma clinica dei due morbi è ben determinata e può — solo salvo casi eccezionali — far cadere in errore.

Quando un trauma agisce sull' organo olfattorio, e vi si determina con quelle condizioni nelle quali l' abbiamo esaminato, un primo fatto che insorge è l' ecchimosi più o meno diffusa, più o meno intensa. L' infermo per questa soffre poco, e può permanere in queste condizioni avvertendo sempre uno stato di miglioramento quotidiano, quando è da prodursi l' ascesso, così come se dovesse pervenire alla guarigione definitiva. Si è generalmente d'accordo nel pensare che quando si debba produrre l' ascesso, si trovano ad esser scomparsi quasi tutti i segni generali della contusione, ciò che dice altrimenti che è necessario che trascorra un certo periodo di tempo, prima che una flogosi con esito suppurativo si svolga, il qual tempo basta pel solito perchè scompariscono i disturbi dei quali si parla. Ma questo in verità che è il caso più comune, il più ordinario, non è certamente quello che si riscontra sempre. Talvolta la flogosi s' inizia più acutamente, e i fatti generali non sono scomparsi ancora quando si hanno le note dell' ascesso. Come, per lo contrario, talvolta d' acuzie non ci sono note evidenti, e quando l' infermo, che si vede già di parecchio lontano dal trauma, si stima immune di qualsiasi sofferenza, comincia una piccola serie di disturbi che presto o tardi lo assicura dolorosamente che qualcosa si è prodotta nel naso.

Ben altrimenti procedono le cose, quando il trauma ha agito cosiffattamente da apportare un ematoma. Oltre ai segni generali che abbiamo notato pure per l' ascesso, poche ore dopo talvolta, talvolta pochi giorni trascorsi, l' infermo avverte gravi molestie nella regione passionata, le quali più che venire scomparendo, persistono e s' accentuano.

Oltre a questo differente modo di produzione dell' una e dell' altra forma morbosa, c' è pure una differente sintomatologia che si pronunzia. Chi à un ascesso del naso in via di formazione, può avere febbre, e questa talvolta tenere ad alterazioni generali indotte dal traumatismo, tal' altra alla sola azione locale. Ma la febbre non è alta, suole accedere con freddo, ed in generale seguire la modalità della suppurazione. Vuol dire che la piressia sarà di maggiore intensità, se più intenso sarà stato il lavorio flogistico, sino alla possibilità di un ascesso del setto, e di febbre neppure la parvenza.

Vi saranno poi le note della flogosi, cioè a dire dolori vivi, lancinanti, più o meno molesti, ma che molto inasprisce la più de-

licata mano che palpi le pinne o la base del naso; con cefalalgia che talvolta tiene anch' essa alla febbre, talora a diffusione del morbo. Ci può esser pure talvolta difformità del viso per possibile tumefazione edematosa dei tegumenti esterni, anche della cute del volto, ed in qualche caso della palpebra inferiore.

Oltre di queste note, vi sono alteramenti nella funzione del naso, cioè a dire secrezione aumentata che sta in rapporto con l' intensità dell' iperemia che l' infiammazione apporta nella mucosa, e della paralisi vasomotoria che per azione riflessa si può determinare. Anzi a proposito di questa paralisi vasomotoria che s' ammette e non s' ammette, citerò l'osservazione di Tackenlerg (1), il quale notò una diaforesi facciale pertinace in un infermo in cui si avea ostruzione di una fossa nasale per ammasso di secrezioni (?) che confluivano in tutte e due le narici, per precedente perforazione del setto, e che nulla valse a curare, fuori che la puntura ed il vuotamento di questa bozza. Ebbene questo citato Autore si riferisce proprio a questa azione riflessa che partirebbe dai nervi delle fosse nasali per ispiegare il sintoma.

Vi sono finalmente altri disturbi funzionali che tengono all' azione meccanica che il tumore viene esercitando nel cavo del naso, e che tanto più sono imponenti, quanto esso è di maggiori diametri. Ho detto qualcosa parlando della sua patogenesi ed etiologia; ora aggiungerò che sono disturbi graduati che si producono e che si può avere sino la occlusione totale delle vie nasali anteriori, onde si fa difficile la respirazione, ed anche modificazione del suono della voce, stante che questa non trova nella cavità nasali lo spazio adatto per convibrare, ed infine ci può esser diminuzione del senso olfattivo, sino ad una completa anosmia e perdita più o meno considerevole del gusto.

Sono pure importanti le note d' esame obbiettivo. Io — insisto anche un' altra volta — tratto di ascessi acuti del setto, onde non mi debbo occupare di quelli altri non acuti, che per parecchie ragioni si possono produrre. Si comincia adunque col notare una bozza, un tumore che si solleva sul setto, sporgendo in una delle cavità, poi ne protrude discretamente fino a fuoriuscire dalle narici, come un polipo talvolta (Barthez, Rilliet), pel solito da una a preferenza, che à mucosa arrossita, con mediocre sviluppo di vasellini capillari a mò arborescente. La mucosa è calda al palpamento, e la bozza mostra consistenza mediocremente duro-elastica, e che cede tanto da scomparire sotto il dito che la comprime. Segno è questo di perforamento della cartilagine, tanto vero che quello che si sottrae alla fos-

(1) Lion Médical — Giorn. Internaz. delle Scienze Med. 1879

sa nasale di un lato, si mostra in quella dell'altro. Vuol dire adunque che c' è liquido, che ci sarà fluttuazione e difatti ci è, anzi intorno a ciò è a fare una osservazione che scaturisce dal concetto del morbo suppurativo, cioè che la fluttuazione è scarsa in un primo tempo quando la suppurazione da' scarsi risultati, ed il pus è mediocremente denso; evidente in un secondo, quando si è all' acme del processo, e ci è molto liquido e molto fluido; e poco evidente in un terzo, quando per riassorbimento il liquido è scarso e comincia a concretizzarsi.

Ben differentemente procedono poi le cose quando si ha che fare con un ematoma. Di disturbi funzionali dapprima pel solito non si nota alcuno: febbre non ci sarà, non dolori, non secrezione abbondante, invece più celeremente e più gravemente che nell' ascesso si produrranno le sofferenze che tengono ai disturbi meccanici. Ed è naturale quando riflettiamo che desso è prodotto da brusco e copioso versamento sanguigno nella compage della mucosa, o tra questa e la sottomucosa ed il pericondrio. Onde è che modificherò a questo punto ciò che ho detto or ora che non vi sieno dolori: è una sensazione di tensione che si produce come di dilaceramento, ma non è poi gran che energica, considerando il potere elastico di quelle parti. Quindi l' infermo di botto respirerà male e potrà non respirare pel naso, essendo così costretto a tenere aperta la bocca, ciò che tanto più facilmente sarà fatto dall'infermo, in quanto che sollecitamente egli è stato privato o quasi, di questa via di inspirazione dell' aria, e quando non avea avuto il tempo di adattarvisi. Il tumore varierà anch' esso nelle dimensioni, ma sarà certamente di mediocre grandezza, sino a protuberare dalle fosse nasali, e dopo averle perfettamente ostruite scendere fino innanzi al labbro superiore (1), ma la cute ne sarà integra, tranne l' apparenza di qualche vasellino varicoso. La voce sarà pur essa assai modificata, ma difficilmente — almeno in un primo tempo — sarà scomparsa l' odorazione, perchè il processo, come quello che si è sviluppato celeramente, non ha avuto ancora il potere di modificare le funzioni della Schneideriana.

Nè l'ulteriore decorso sarà dissimile nei due morbi. L' uno e l' altro resteranno stazionarî, l' uno e l' altro daran gli stessi disturbi, l' uno e l' altro reclameranno le cure opportune. Se non che, eccezionalmente può avvenire che l' ascesso per una qualsivoglia ragione si riacutizzi, o pure continui nella sua evoluzione e pian piano si diffonda nelle parti circostanti, invadendole, usurandole. Così si possono distruggere grandi pezzi di ossa nasali, l' uno e l' altro turbinato, il setto medesimo (donde difformità nasali non più corregibili), ta-

(1) Fleming; loc. cit. — Baussenat.

lora tutto lo scheletro osseo. Così si spiega come talvolta viene perforato il pavimento della cavità nasale e si stabilisce una comunicazione con la bocca, e come altre fiate, ma molto raramente, il processo si possa diffondere attraverso i forami etmoidali alla cavità del cranio e produrre meningite (1), quantunque vi sia chi neghi recisamente la possibilità di accidenti meningei (2).

Certe volte, quando i soccorsi dell'arte non arrivano a tempo, può avvenire che, ulcerata la mucosa la quale ricopre e ravvolge il pus, questo si faccia strada e venga all'esterno. È avvenuto così che qualche fiata si è prodotto enfisema generalmente leggero, e limitato alle parti laterali del naso ed alle pinne; ma non sarebbe nuovo nella scienza se lo si vedesse distendersi alla faccia ed anche alle parti superiori del naso.

Altre volte in questo, come in altri cosiffatti morbi, il processo piglia la via opposta, quella cioè per cui è favorito l'assorbimento del pus e la bozza detumefà, e la mucosa lentamente si addossa al setto, e l' infermo sente diminuire le sue sofferenze. Se ci facciamo allora ad osservare le cavità nasali, noi vedremo qualche leggero rigonfiamento circoscritto e ben delimitato; la palpazione non ci darà più la sensazione elastica, e la fluttuazione non s' avvertirà più. Invece sotto le dita è un corpo duro che si mostra, e di una durezza che può arrivare sino alla cartilaginea, alla ossea. Si è vista la formazione di rinoliti — fatto raro ma possibile — e ad attestare il morbo che fu, sopravvivono questi che possiam dire corpi estranei, senza esser veramente tali, tanto vero che se ne stanno tranquilli, tendendo sempre ad impiccolire maggiormente ed a vieppiù solidificarsi.

Per l' ematoma, queste possibilità, sempre che resti ematoma, non si producono. Può avvenire, però, l' assorbimento del sangue; anzi quivi è più facile che nell' ascesso, vuoi perchè gli elementi che lo compongono sono più agevolmente assorbibili, vuoi perchè la mucosa che lo contiene, non alterata da processo flogistico, è più in grado di assorbire.

∴

Poste le cose in queste condizioni, la diagnosi è agevole fare, anzi a prima giunta pare inutile insistere sui criteri per differenziare la bozza sanguigna dell'ascesso del setto. Onde se si tien conto del momento etiologico che di botto ha agito e che di botto — 1-2 giorni dopo al massimo — è seguito da questo enfiato, e dell' assenza di ogni sin-

(1) Birsch-Hirschfeld — Anatomia Patologica.
(2) Follin — Patologia Chirurgica.

toma flogistico, e d'altra parte se si considerino le sofferenze che lentamente s'inducono nell' infermo ed il lento prodursi di questo morbo ed i fatti infiammatorî che l' accompagnano, si avranno tanti criteri, per fare nel caso concreto, quella o questa diagnosi.

Nè si potrebbe in genere confonderli — in un primo tempo — con una tumefazione semplice delle parti molli, tanto più possibile questo errore in quanto che tutto il tessuto piglia parte dopo un trauma, e quanto più le manovre intese a constatare la fluttuazione, non son consentite dal dolore, e dal gonfiore delle narici, e quanto più la tensione della mucosa impedisce di percepire questo fenomeno. Ma bene è in questi casi procedere ad un esame esatto, funzionale ed obbiettivo, e più di tutto aspettare un pochino che cessi o diminuisca il rigore dei fenomeni. Nè con una deviazione del setto è possibile confonderli, quando si noti che prima di tutto la deviazione che suole prodursi solo nel quinto dei casi è a sinistra, e la bozza può estrinsecarsi a destra (Semeleden), e poi considerando che la convessità che si trova in un lato non è nell' altro, che anzi ci ha concavità, che la cute sia integra, che manchi ogni senso di fluttuazione ecc.

Così dicasi per le altre possibilità patologiche, le quali però in singoli casi lasciano nell' animo qualche dubbio. V'hanno difatti certi polipi, mucosi segnatamente, come li ha osservati Cloquet (1) che simulano gli ascessi. In genere si consideri che quelli si originano dal bordo superiore ed esterno delle fosse nasali, che sogliono esser peduncolati, con mucosa di aspetto grigiastro, non fluttuanti se non in rarissimi casi, pel solito unilaterali e a forma oblunga, e che questi si producono per lo più alla base in basso ed in fuori delle fosse nasali, che han larga base ed aspetto rosso, ordinariamente bilaterali, ed a forma rotonda od ovoidale, e la diagnosi si farà sempre.

Come d' altra parte son registrati casi nei quali degli encefaloidi (Duplay) e perchè bilaterali, o perchè fluttuanti, e perchè di un colorito bianco-rosso, sono stati creduti degli ascessi. Giova sempre quando ci sia qualche dubbio, eseguire la puntura esplorativa, da cui si trarranno i migliori argomenti per pensare all' ematoma, all' ascesso, all' encefaloide.

***

Dopo tutto questo, io tratto un pochino della cura di siffatti morbi.

Dapprima dirò che intorno a questa non si fanno questioni di sorta, e che per quanto essa sia breve, per altrettanto è efficace. Pensare a rimedi generali nelle forme di ascessi di cui parlo, e negli ematomi

(1) Cloquet. Journal hebd. de médecine, 1830.

è assolutamente un non senso. Se lo stimolo agisse continuamente, o vi fosse il pericolo che si ripetesse, bisognerebbe provvedere ad allontanarlo. Profilassi maggiore di questa non c'è. Ma prodotto il morbo, fuori di una cura locale, null' altro richiedesi. Dapprima si adotti una cura indirizzata a moderare la gravezza dei sintomi combattendo l'ecchimosi prodotta o la semplice irritazione lasciata dal trauma, ovvero i fatti flogistici acuti, con compresse bagnate in liquidi ammolienti freschi ed astringenti. Quanto al pus od al sangue raccolto, cattivo consiglio è quello di attendere che l' apertura si produca da sè, o che si produca il riassorbimento. Questo viene in casi eccezionali e nella gran maggioranza dei casi non si fa che favorire l'apertura spontanea, perpetuando il morbo. Dirò che non solo non bisogna attendere che la fuoriuscita del pus o del sangue si produca per opera della natura, ma bisogna affrettarsi a determinarla. Pria di tutto l' ematoma può trasformarsi in ascesso, ma anche dato l'ascesso, se questo non è stato conseguenza di grave trauma che ha interessato lo scheletro tutto del naso, e alterata la simmetria, si avrà scarsa suppurazione e questa o non lederà il setto, o quello che ne avanza, ledendolo, può mantenere nella giusta posizione le parti, ciò che non può accadere quando la suppurazione persistita lungamente ed abbia distrutta tutta quanta la cartilagine. D' altra parte il lavorio flogistico e l' iperemia e l' edema collaterale che l' accompagnano, per limitati che sieno, finiscono per imbibire la mucosa che ricopre questa porzione mediana del naso e, quando si è prodotto lo svuotamento, per la diminuita forza di contrattilità quella non tornerà nelle condizioni fisiologiche, farà ernia nel lume nasale e resterà prolassata, tanto più che manca in certi casi la cartilagine, che sosteneva, almeno in parte, il peso dei tessuti sovrapposti.

Quando invece si fa e presto la puntura, pel solito la guarigione è immediata, ed il liquido, sia sangue, sia pus, vien fuori tutto e la mucosa si addossa, e la stenosi nasale è vinta. Altre volte però, pur operando a tempo, le cose non procedono così.

Il pus può persistere nella sua formazione ed una volta vuotata la bozza, si riempie di nuovo. Allora si consigliano parecchi mezzi: iniezioni detersive ed astringenti nell' interno del focolaio (Fleming) o soluzioni fenicate, o pure si pratica una puntura nella cavità interna di ciascuna narice, diretta in modo da farle convergere verso la spina del naso (Chassaignac) o pure si apre ai due lati ed attraverso gli orifizi si fa passare un setone fenicato o no (J. Cloquet, A. Bérard).

In questo modo si può impedire la formazione nuova del pus, e non resterebbe a curare, quando ci fosse, che il prolasso della mucosa, intorno a cui io non conosco nessun altro rimedio migliore di quello che per altro morbo ha proposto ed applicato il Prof. Mas-

sei (1), cioè le docce nasali di aria compressa. Cosa che appare ben chiaro quanto debba riuscir utile, se per poco si consideri il meccanismo della loro azione terapeutica, cioè l' effetto dilatante che consegue al passaggio della colonna d' aria che, entrata per una narice, esce contemporaneamente per l' altra, e quella deflussionante per il potere costrettivo che esercita sui vasi della mucosa nasale, correggendone la iperemia ed impedendone l'edema.

*
* *

Da tutto questo , io deduco le seguenti considerazioni cliniche :

1) È confermata la possibilità di ematomi e di ascessi nasali acuti — per trauma.

2) Son l' uno e l'altro abbastanza rari, ma non infrequenti.

3) Hanno una sintomatologia ben definita e che consente una diagnosi differenziale esatta.

4). Richiedono una cura chirurgica efficace e pronta.

Su di un corpo estraneo nelle fosse nasali.

LETTERA DEL DOTTOR N. DE DOMINICIS AL DIRETTORE.

Con nota del medesimo.

Cariss.° Prof. Massei.

Il Dottor Natale Pirera di Avellino, mi ha riferito la storia di un caso occorsogli, per avere sul medesimo un mio parere nel puro interesse della scienza.

Sembrandomi che la storia riferita dal collega possa interessare il vostro giornale, io ve la partecipo, con qualche mia considerazione; e voi ne farete quello apprezzamento che crederete.

Eccola :

Tucci Alessio, di anni 7, contadinello in quel di Avellino, molto tempo fa, nato appena da otto mesi, fu un bel giorno lasciato a terra

---

(1) Masucci — Docce nasali d'aria compressa, semplice e medicata secondo il metodo Massei.

dalla madre in vicinanza di un mucchio di *ricci* o gusci spinosi di castagno, detti comunemente *cardi*, mentre ella attendeva lì vicino a sue faccende; lo chè la distrasse dal suo bambino. Dopo qualche tempo, la madre guardando verso il figlio, si accorse che egli aveva posto qualche cosa in bocca. Corse, lo levò di terra, vide con spavento che egli aveva introdotto nella bocca un grosso pezzo di cardo, ed incominciò a gridare. Alle grida della poverina, accorsero i vicini, i quali subito tentarono di asportare con le dita quel pezzo di cardo dalla bocca del bambino; ma sventuratamente non riuscirono che a spingerlo più in dietro ed in basso, e tra il generale sgomento, il bambino pareva si soffocasse.

Gli amministrarono un poco d' acqua — Dopo qualche ora, e dopo altri sforzi del bambino, la minaccia di soffocazione si andò dileguando, ma del pezzo di cardo entrato in gola non si ebbe, nè si potette avere più notizia.

Da quel momento, però, il bambino incominciò ad avere notevoli sofferenze, riferibili agli organi respiratorii, senza fenomeni di alterazioni di rilievo nelle vie digerenti.

Ben presto si sviluppò una febbre leggiera, ed una tosse che ad intervalli più o meno brevi veniva a tormentare quella povera creatura. Con la tosse, si accumulava una gran quantità di secreto nella gola, e doveva essere così molesta e tormentosa, che il piccolo paziente dava segni manifesti di volerla evitare; ma questa, vincendo ogni prevenzione lo assaliva in modo stizzoso e soffocante, tanto da farlo sudare, e durava parecchi minuti, espettorandosi una materia muco-purulenta mista a sangue.

Ciò sulle prime — Poscia la febbre cessò, la tosse divenne sempre più rara e meno stizzosa, ma il secreto si fece fetidissimo.

Così restarono le cose per moltissimo tempo.

Il bambino si sviluppò bene, si fece grandicello, così che incominciò ad andare a scuola, e dei guai passati non rimaneva altra reminiscenza se non un disgustevole ozena, e qualche raro colpo di tosse; onde i suoi compagni di scuola lo fuggivano e lo insultavano.

Nel giorno 2 dell' ora decorso aprile, più di sei anni dopo il fatto del cardo, lo Alessio avvertì la madre che sentiva muovere qualche cosa in gola, come corpo estraneo. Poco dopo, di fatti, dietro alcuni colpi di tosse, cacciò fuori quel pezzo di cardo che la madre ricordò avergli veduto nella gola nel terribile momento, e del quale non si aveva avuto più nuova.

La tosse ed il fetore non durarono che soli quindici altri giorni dopo la espulsione di quel pezzo di riccio, avvoltolato in una sostanza mucosa; ed ora tosse ed ozena sono completamente cessati.

Durante i sei anni di sofferenze, questo ragazzo è stato osservato da parecchi medici, ed anche dall' illustre Prof. **Amabile**; ma a quanto

si assicura, non si è potuto notare altro che fenomeni di un catarro bronchiale diffuso, il quale sparì anch' esso dopo cacciato il corpo estraneo. La voce si è sviluppata regolarmente, ed è stata sempre integra.

Questa la storia, che io ho potuto brevemente riepilogare su la relazione del Dottor Pirera, intorno alla quale oso fare una breve considerazione, relativa alla residenza del corpo estraneo pel non breve spazio di tempo di più di sei anni, e ciò valga di risposta al sullodato collega.

Dov' è stato per tanto tempo quel frammento di cardo che costituiva un corpo del volume presso a poco quanto la falangetta di un mignolo di un individuo avente una mediocre grandezza?

La tosse continua, il cattivo odore, e la cessazione di essi dopo la uscita di quel corpo estraneo, assicurano evidentemente che questo doveva essersi fermato nelle vie respiratorie.

Ma in quale sezione di esse?

Questa dimanda ha dato luogo a diverse ipotesi; pure, a me sembra potersi rettamente ammettere che il frammento di cardo si sia trattenuto nelle fosse nasali.

In quale altro punto avrebbe potuto fermarsi?

Non nella laringe, perchè da una parte sarebbe stato impossibile che un corpo estraneo rimanesse nella medesima senza essere espulso dai colpi di tosse, i quali sopravvengono violentissimi, o senza essere trascinati giù dall' atto inspiratorio. E poi la voce? Avrebbesi potuto avere normale la fonazione?

Nè tampoco nella trachea o nei bronchi. Non nella prima, perchè non avendo dove appoggiarsi, avrebbe dovuto essere rimosso o dagli atti della respirazione o dalla tosse; e neppure nei bronchi, perchè un pezzo così grosso, avrebbe certamente occluso un bronco, soprattutto nella prima età, nella quale il calibro di questi canali è piccolo abbastanza, ed uno di questi, occluso per sei anni, non sarebbe rimasto senza conseguenze nel polmone sottoposto, il quale avrebbe dovuto per lo meno divenire atelectasico. E nemmeno si può ammettere che avesse potuto restare accavalcioni sulla biforcazione dei bronchi, idea sulla quale anche io mi son fermato per un momento, perchè il volume del corpo estraneo è tale che avrebbe otturato almeno in buona parte l' uno e l' altro bronco; e gli effetti sul polmone?

E poi la tosse non avrebbe potuto avere la quiescenza segnalata dalla storia.

Dobbiamo dunque ritenere che il cardo si sia fissato nelle fosse nasali, ed ivi sia rimasto, dando luogo ad una corizza cronica e consecutivo ozena. La tosse poi si spiega facilmente come fatto riflesso; ed anche per accumulo di secreto sulla glottide, e forse con penetrazione di una parte di esso nella laringe.

Ecco i miei apprezzamenti sulla storia surriferita, carissimo Prof.

Massei. Storia interessante per la sua durata, che conferma sempre più quanto sia bizzarro il comportarsi dei corpi estranei.

A voi, competentissimo, spetta ora il giudicare se io mi sia bene apposto.

Ed intanto vogliate sempre bene:

Al vostro amico
N. DE DOMINICIS

Nota — Noi non aggiungeremo altro alle belle considerazioni del dottor De Dominicis, cui rendiamo grazie pel pensiero gentile di destinare al nostro Giornale una così importante osservazione.

Certamente il volume del corpo estraneo esclude che quando fu ingollato, potesse penetrare nella laringe, se rammentiamo le anguste proporzioni di quest'organo all'età di otto mesi, quanti allora ne contava il bambino.

Impossibile varcare il vestibolo ed il glottide, anche in posizione verticale. Poteva invece accadere pronta soffocazione per arresto del corpo estraneo al di sopra del vestibolo, e ciò non si è punto verificato.

Dunque convien conchiudere con il De Dominicis che il corpo estraneo si sia arrestato proprio nelle fosse nasali. Sintoma saliente l'ozena, che del resto poteva avere egualmente la sua spiegazione se ci fosse stato arresto del corpo estraneo in trachea.

Gli altri fenomeni si interpretano esattamente nel modo come l'Autore ci ha raccontato, senza dire che pure in mancanza di un secreto abbondante, fetido ed irritante, si è dimostrata nelle regioni nasali, e proprio alla parte posteriore del cornetto inferiore e del setto, una zona tossigena, cioè una regione stimolando la quale si determina tosse. I fatti sperimentali, così, vengono a confermare le osservazioni cliniche, ed è merito del Longuet aver colpito questo nesso. Codesta regione è governata dal ramo esterno dello sfeno-palatino e dal ramo nasale del gran nervo palatino, ultime ramificazioni nasali del mascellare superiore, 2.ª branca del trigemino, e non v'è mestieri spendere molte parole per comprendere come per via riflessa possa determinarsi un atto complesso, com'è la tosse, la quale così vede allargate le vie per le quali può esser destata.

L'esame microscopico delle materie essiccate che involgevano il cardo, favorito dal Pirera al De Dominicis, esame affidato alla perizia ed alla cortesia del collega Sig. Giorgio Petrone, malauguratamente non ha potuto metterci in grado di illuminare la diagnosi, perocchè non ha rivelato che « ematina per disfacimento di corpuscoli rossi del sangue; cellule vegetali in gran copia; scarsissime cellule di epitelio pavimentoso; poche cellule adipose ». Laonde non resta che affidarsi ai sintomi razionali, i quali del resto, sono, nel caso in discorso, concludentissimi. MASSEI

Sopra un raro caso di mixoma poliposo naso-faringeo

CONSIDERAZIONI PRATICHE ED ISTOLOGICHE DEL

DOTTOR GIORGIO PETRONE

Il caso del quale andiamo a parlare, è davvero importante per lo sviluppo considerevole che avea assunto il tumore, nonchè per la natura e l' impianto.

Presentato alla scoloresca dal Prof Massei, formò argomento di una lezione, ed io sollecitato dal detto Professore (il quale mi affidò l'incarico dell' esame microscopico) volentieri lo rendo di pubblica ragione.

Premetto la storia, raccolta con tutta cura e diligenza dal collega Dottor G. Cicconardi.

Vespulli Aniello, da Lacco Ameno, di anni 42, ammogliato, con prole valida e numerosa, si è esposto lungamente alle cause reumatizzanti; non ha sofferto morbi di sorta, fuori d' una febbre malarica. Le sofferenze datano da 8 mesi: pare che cominciarono con leggiere forme catarrali, onde l'infermo non ebbe a preoccuparsene. Notò solo che la secrezione nasale man mano aumentava, nel senso che di tratto, in tratto era obbligato ad espellere densi muchi, di colorito giallo-verdastro, di cattivo odore, con qualche stria di sangue. Avvertiva senso di trazione e di peso alla regione frontale, e, ciò che lo molestava dippiù, una certa difficoltà che si produceva nel passaggio dell' aria attraverso le vie nasali. Notò pure la persistenza dei disturbi ed il crescendo continuo che presentavano. Da un paio di mesi a questa parte, cominciò ad avvertire molestia alle fauci e più volte tentò vedere se vi fosse qualcosa. Solo pochi giorni fa, gli è riuscito di notare un corpo estraneo che veniva fuori, specialmente quando le sue manovre destavano conati di vomito. Contemporaneamente gli si diminuì la funzione olfattiva, e si produsse un leggero disturbo nell' audizione, accompagnato qualche volta a vertigini. La voce si è modificata, onde è nasale, e per giunta la difficoltà alla respirazione si è fatta maggiore, addiventando rumorosa, epperò grandemente molesta. Inviato al Dispensario di Laringoiatria dall' egregio Dottor Schiano, le note che vi riscontriamo sono le seguenti:

Dall' esame rinoscopico anteriore, non è possibile riconoscere la cagione delle sofferenze, dacchè non si nota altro che occlusione delle fosse nasali posteriori. Facendo invece aprire la bocca, quando l' infermo esegue una espirazione forzata, si vede fuoriuscire dal cavo naso faringeo una neoplasia trilobata: il lobo inferiore-anteriore è di forma conica, grande quanto una nocciuola: è situato a parte laterale sinistra dell' ugola che ne è spostata. La superficie è rosea, percorsa da qualche vasellino; alla parte postero-inferiore vi ha una ulcerazione superficiale, rotonda, grossa quanto un pezzo da un centesimo. Il secondo lobo mediano non è che un rigonfiamento del già descritto, e tranne il maggiore volume, ha i medesimi caratteri. Il terzo, grosso quanto un uovo di piccione, levigato, somiglia pel colorito ad una *vescica natatoria*, e si continua coi precedenti nel cavo naso-faringeo. La figura 1, che dobbiamo alla squisita gentilezza del Sig. Penta, rivela nella sua verità, il volume, la forma, ed i rapporti della neoplasia.

Quando l' infermo respira placidamente, la neoplasia rientra nella cavità, fin quasi a scomparire, perchè non si vede che la punta del primo lobo descritto.



Fig. 1.

Alla ispezione, la porzione centrale del velo, in vicinanza dell'inserzione ossea, appare leggermente sporgente. L'esame col dito rileva una superficie levigata, con consistenza duro-elastica, e ci accerta che la neoplasia occupa tutto il cavo naso-faringeo, ma non aderisce alla parete posteriore del faringe, e lascia uno spazio tra la parete laterale destra e la coana dello stesso lato, in cui riesce al dito d' insinuarsi. L' esame rinoscopico posteriore, è, per la presenza del tumore, assolutamente impossibile.

L'osservazione microscopica è sempre utile, sovente necessaria per una esatta diagnosi di tumore, sopratutto qualora il sito ove questo ebbe origine possa trarre in inganno.

Fu perciò che il Prof. Massei, prima che si pronunziasse sulla natura del tumore, m' incaricò di praticarne l' esame istologico. Intanto era necessario precisarne la sede, ciò che poteva meglio illustrare il responso del microscopio.

Dalla ispezione tattile, si potè rilevare bene il sito d'impianto; tanto questo che l' esame rinoscopico, faceano veder libere le parti anteriori delle coane: quindi era sempreppiù probabile che l' impianto della neoplasia fosse sul loro contorno posteriore, ovvero al fornice farin-

geo. Come è risaputo, anatomicamente la mucosa faringea si divide in due parti, in faringea nasale ed in faringea orale; mentre dal punto di vista fisiologico, si distingue una parte respiratoria (naso faringea, in cui *l' epitelio è cilindrico, con cigli vibratili* e le glandule mucipare sono a grappolo) ed una parte orale, rivestita di epitelio pavimentoso e con glandule follicolari semplici. Inoltre, al fornice ed ai lati del setto delle coane, havvi un abbondante tessuto citogene, dal quale possono originarsi produzioni adenoidi del cavo naso-faringeo, così da costituire una vera neoplasia (vegetazioni adenoidi) ovvero da sola iperplasia del tessuto citogene. La ispezione diretta, nel presente caso, escludeva le produzioni adenoidi.

Nella porzione orale possono svilupparsi dei papillomi, come può osservarsi anche la faringite villosa e la leucemica, ma questo neppure era il caso. Invece, nella porzione naso-faringea possono aversi fibromi, mixomi, mixo-fibromi e produzioni sarcomatose che talora penetrano sin nel cranio, attraverso i forami e le incisure.

Avendo escluso le vegetazioni adenoidi, la faringite villosa e la leucemica, come anche un tumore sarcomatoso (perocchè la forma, lo sviluppo, l'assenza di glandole ingorgate e di segni di cachessia, mettevano questo fuori discussione), non restava che pensare o ad un mixoma o ad un fibroma.

È risaputo che i tumori mucosi si originano a preferenza dalla parte superiore ed esterna delle fosse nasali, o dai cornetti inferiori; i tumori misti, dai contorni dell' orifizio posteriore delle coane; ed i tumori fibrosi, dalla base del cranio; ciò che in tesi generale è giustificato dalle modificazioni di tessitura che presenta la mucosa in queste diverse sezioni, la quale, come ha bene constatato Panas, mentre è rossa e tomentosa nelle cavità nasali propriamente dette, a livello dell' orifizio delle coane, e forse un pò prima, diviene molto spessa, fibro-mucosa, per terminare in un tessuto denso ed aderentissimo alle ossa che tappezza, nella regione del fornice.

Tutto questo però non è assolutamente esclusivo, e la letteratura registra dei casi di mixomi trovati nel contorno dell'orifizio posteriore delle coane, il bordo posteriore del vomere, la base del cranio e nei seni. Se volessimo fermarci alla sola sede del tumore, come criterio assoluto, si dovrebbe ammettere un fibroma. Però la poca resistenza al dito, la mancanza di emorragia, di secrezione fetida e di nevralgia ostinata, facevano dubitare del fibroma. La malattia è cominciata con i fatti d'una ordinaria corizza. Ora, la corizza, in generale, è il prodromo di simili affezioni, e massime quando non vi sono cause evidenti della stessa ed i fatti sono persistenti, si può sospettare un tumore. Le strie di sangue nell' escreato, dipendevano da rottura di vasellini per la iperemia collaterale non solo, ma anche perchè si trovavano in un tessuto molle e poco resistente: la diminuzione della sen-

sibilità olfattiva, senza la perdita completa, si spiega perchè le regioni su cui cadevano le sensazioni erano rispettate, solo ne veniva occlusa parzialmente la via, onde l' infermo non sentiva l'odore delle vivande. Il tumore assumeva grandi proporzioni, per le condizioni della cavità dove era impiantato, cavità che vi si prestava a meraviglia e per la natura stessa, come ripeteremo più giù, e presentava in un punto ulcerazione, unicamente per l' attrito continuo contro la parete posteriore della faringe.

Fatti dei tagli microscopici nell' Istituto di Notomia Patologica di questa Università, diretto dal chiarissimo Prof. O. Schrön, si nota che il tumore è in gran parte formato da un tessuto connettivo con elementi cellulari rotondeggianti, fusiformi ed anche stellati, con una sostanza fondamentale prevalentemente ialina, nella quale si scorgono fibrille finissime incrociantesi in tutti i sensi e contenenti nelle loro larghe maglie la sostanta ialina e gli elementi cellulari suddetti (v. la fig. 2).

Nel resto si notano cumuli di elementi indifferenti, massime al di sotto della mucosa. I vasi sanguigni sono piuttosto abbondanti e larghi.

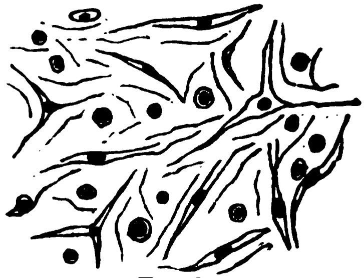


Fig. 2.

Dalla prevalenza del tessuto connettivo molle, che ripete la varietà mucosa del tessuto connettivo, si è potuto definire questo tumore per un mixoma poliposo.

Gli accumuli di tessuto giovanissimo, fatto da elementi indifferenti, non rivelano se non lo stadio più iniziale di sviluppo (*stadium granulationis*). I vasi sanguigni così larghi si trovano anche facilmente nei mixomi, non solo perchè sono neoformati, ma principalmente perchè stanno in un letto molle e poco resistente.

Gli spazii riempiti di sostanza mucosa, e che non si possono considerare come cavità cistiche per mancanza di pareti proprie, spiegano bene l' enorme volume che avea raggiunto il polipo.

La prognosi fu fatta lieta, avuto riguardo alla natura benigna del tumore, quantunque si presagiva una certa difficoltà alla completa escissione.

Il tumore poteva distruggersi in sito od asportarsi con la legatura ovvero con la escissione: i caustici e le polveri non ci avrebbero dato risultamento pronto: le iniezioni di acido acetico, neanche erano da praticarsi, in vista della estensione del polipo: la legatura non si sarebbe prestata, perchè quello non era peduncolato; quindi il Prof. Massei procedette alla escissione con l'ansa galvanica per la via della bocca, di tutta la porzione più sporgente dal velo: così l' infermo si allevió subito e ritornò

fiducioso alla cura, che fu presto compita, in altre 2 o 3 sedute, nelle quali si passò attraverso la narice sinistra un' ansa fredda.

Con poca pazienza e qualche manovra adatta, si potettero far capitare nell' ansa medesima le lobazioni basiche, non piccole, ed estrarle per le narici stesse. Così, risparmiando qualunque operazione preliminare (taglio del velo, via dell' unguis col processo Palasciano ecc.), non giustificata dalla natura del tumore, si potette liberare interamente l' infermo dal polipo, ed il Prof. Massei lo ripresentò ai giovani completamente guarito, e praticando ripetute volte l'esame rinoscopico posteriore, che ora è facile e soddisfacentissimo.

Raro caso di paralisi laringea.

PEL PROF. RAMON DE LA SOTA Y LASTRA (di Siviglia)

(Comunicazione originale in Italiano) (1)

X. . . di Utrera, donna di 50 anni, nubile, di temperamento linfatico, di buona costituzione, ha patito in differenti epoche della sua vita malattie scrofolose, tanto degli occhi, quanto della pelle e dei gangli linfatici. Uno dei gangli del collo, situato avanti lo sterno-cleido-mastoideo sinistro, a livello del terzo o quarto anello tracheale, , 15 anni addietro infiammò, suppurò e dette poscia luogo ad una ulcerazione, la quale dopo varii mesi di un trattamento antiscrofoloso guarì, lasciando in suo luogo una cicatrice depressa, radiata, irregolare, profonda, aderente ai tessuti sottoposti e di colorito vinoso. Da questa epoca, la voce ne soffrì; all' inizio della malattia difficilmente poteva farsi intendere, ma di poi, poco per volta fu al caso di parlare con maggiore chiarezza, quantunque sempre con tuono dissonante. La respirazione si conservò normale, perchè nè nel salire le scale, nè

---

(1) Quest'istoria, scritta in lingua Spagnuola da un anno, fu letta dall'autore, nella seduta del 3 Marzo 1884, alla Società Medico-Chirurgica di Siviglia.

negli sforzi, nè sotto l'influenza di forti impressioni morali, avvertiva la più lieve dispnea.

Passarono gli anni senza veruna novità, quando, prima di consultarmi, in conseguenza di un raffreddore sopravenne dolore nella laringe, con tosse continua ed afonica; l'espettorazione era scarsa, la voce spenta, la respirazione difficile. La salute generale non si era alterata per niente; la inferma era forte e vigorosa, e solamente si lagnava delle sofferenze gutturali, particolarmente della mancanza della voce.

La mucosa del palato, dell'ugola e degli archi palatini era sana, quella della parete posteriore della faringe aveva una colorazione rosso-oscura, e fra i vasi venosi dilatati si vedevano varie granulazioni grosse, di poca consistenza e di colorito rosso, ancora più intenso del resto della mucosa. Quella della laringe aveva la medesima colorazione della faringea, ma era molto gonfia, principalmente nel sito corrispondente alle cartilagini aritenoidi, che si mostravano sotto l'aspetto di due sfere, del volume di grossi piselli, e tali da toccarsi per le loro superficie interne. Le corde vocali vere erano visibili solamente nei loro margini liberi, perchè la tumefazione delle corde false le occultava per tutta la larghezza; ciò malgrado, potetti osservare che la corda sinistra non si moveva durante la inspirazione, mentre nella fonazione, le due corde false prominenti e le due sporgenze aritenoidee, non permettevano vedere la *rima glottidea*, quantunque fosse lecito supporre che le corde vocali si mantenessero separate in tutta la loro lunghezza.

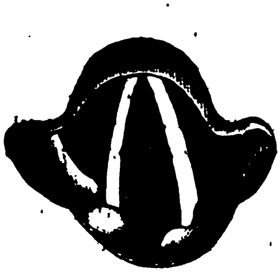
Basandomi su questi sintomi, diagnosticai *una laringite catarrale cronica, con paralisi del crico-aritenoideo posteriore del lato sinistro.*

Trattai l'infiammazione toccando giornalmente la mucosa affetta con una piccola palla di cotone salicilato imbevuta in una soluzione di cloruro di zinco; amministrai all'interno il ioduro di zolfo e una pozione con tinture di aconito e belladonna e sciroppo di Tolù; consigliai il riposo di corpo e di spirito, ed il sottrarsi all'influsso dei cambiamenti bruschi della temperatura, evitando il freddo umido e l'aria pregna di polvere, e raccomandando infine che si astenesse da qualsiasi alimento eccitante.

Non era ancora corso un mese, e la tumefazione laringea era tanto diminuita, che potetti esaminare il vero stato delle corde vocali. Queste rimanevano separate durante la fonazione, senza che fosse ammissibile imputarlo alla tumefazione delle aritenoidi, perchè allora non più giungevano a toccarsi. Invitando l'inferma a pronunziare la vocale *e*, la corda dritta si separava ben poco dalla parete laringea; la sinistra si manteneva nella posizione cadaverica, e così l'apertura glottica, come dice molto bene Gouguenheim nel suo lavoro: « *Des neuroses du Larynx* », invece di rappresentare un triangolo isoscele, ne raffigurava uno rettangolo, come si vede dalla annessa figura, ri-

tratto veridico della immagine laringoscopica della mia malata, durante la fonazione.

Ciò mi fece rettificare la primitiva diagnosi; era evidente che si trattava di una paralisi doppia. Quella della corda sinistra era completa, perchè restava fissa a due millimetri dalla linea mediana, tanto nella inspirazione, quanto nella fonazione. Quella della corda dritta era parziale, essendo il muscolo crico-aritenoideo laterale, il solo inattivo.



A misura che la inferma migliorava della laringite, la voce si perdeva, fino ad arrivare all'afonia; questo fenomeno le cagionava pena e sorpresa, quantunque per me fosse di molto facile spiegazione. Allo sparire della tumefazione della mucosa, cessarono di unirsi le corde false e fare così l' uffizio delle corde vere; l' aria, senza entrare in vibrazione, traversava il largo spazio glottico, lasciato libero dalle corde vere e false.

Ma la diagnosi era tuttavia incompleta. Quando l' esame della intera cavità si può praticare con soddisfazione, il laringoscopista esperto è al caso di apprezzare lo stato paralitico di uno o di varii muscoli laringei; ma il problema, in molti casi difficile a risolvere, e sempre il più importante, consiste nell' indagare la vera cagione della paralisi, perchè di là dipendono la prognosi e la cura.

Subito supposi che la costante posizione cadaverica della corda vocale sinistra, fosse dovuta a compressione del tronco del ricorrente sinistro per la cicatrice del collo, ed in conseguenza trattarsi di una malattia incurabile. Quella dell' adduttore destro, mi parve essere una paralisi *a frigore*, e sperai farla sparire con una medicazione conveniente.

I risultamenti vennero a comprovare l' esattezza di questa seconda diagnosi. Non furono capaci di porre in attività il crico-aritenoideo laterale destro le fregazioni eccitanti alla parte anteriore del collo, le applicazioni alla laringe della soluzione di cloruro di zinco, l' amministrazione per via interna dell'estratto di noce vomica e di china, la faradizzazione della pelle e della mucosa; tutto rimase inefficace: senza sospendere la medicazione interna, cominciai ad applicare la corrente galvanica, la quale in poche sedute dette per risultato l' adduzione, non solo completa, ma ancora eccessiva, della corda vocale sinistra. Dico eccessiva, perchè nell' atto della fonazione, questa corda oltrepassando la linea mediana, arrivava sino a quella del lato sinistro, la quale restava immobile; ed in questo modo, facendo vibrare l'aria espirata, si produceva perfettamente una voce intelligibile, quantunque impura.

Continuai per un poco l' amministrazione della noce vomica e l'applicazione dell' elettricità galvanica, la quale in questo caso, come in altri, ho trovato più efficace della faradica, comprovando in ciò la verità sostentata al Congresso Laringologico di Milano dal Professore Massei. Ma la mia costanza nella medicazione non valse a farle ottenere vantaggi maggiori dei già descritti, e l'inferma ritornò alla sua casa di Utrera. Da quest' epoca son passati diciotto mesi, e la paziente mi scrive che continua l'alterazione della voce, ma *con il vantaggio prodotto per le cure che da me ebbe, perchè alcuni giorni parla naturalmente, e sente bene la gola.*

L' esistenza simultanea, nel medesimo individuo, di due paralisi della laringe, di diversa origine, mi è sembrato una cosa abbastanza rara perchè venisse resa di pubblica ragione.

Importanza trascendentale del laringoscopio nella diagnosi di alcune infermità extra-laringee.

PEL DOTTOR RAFAEL ARIZA (di Madrid) (1)

Per quanto superficialmente si segua il movimento scientifico, ogni giorno si registrano e si apprendono novità e scoverte, delle quali ci ricordiamo solo quando si presenta l' occasione di applicarle.

Ciò mi è accaduto riguardo ad un interessante opuscolo, che nel 1878 mi fu regalato in Roma dal distinto laringoscopista Dott. Zawerthal; e dello stesso involontario oblio sono colpevole riguardo ad un nuovo motodo di esame della trachea, che in quella stessa epoca mi fu insegnato a praticare dal professore di laringologia, il dottor Massei, quando lo visitai in Napoli.

Pochi giorni or sono ho rievocato nella mia mente amendue questi

(1) Questo articolo, nel quale l' Autore ricorda con gentile pensiere un metodo di esame proposto molti anni fa dal Prof. Massei, è stato tradotto, col consenso di lui, dallo Spagnuolo, dal Dottor V. Meyer, e tolto dal Giornale: El Genio Medico-Quirurgico, Anno XXX, Num. 1,521.

ricordi, in occasione di una donna, la quale venne a consultarmi, credendo essere ammalata alla gola.

Il lavoro del dottor Zawerthal ha per obbietto di dimostrare la possibilità di diagnosticare, mercè il laringoscopio, gli aneurismi dell'arco dell' aorta. Il metodo di esame del dottor Massei tende a facilitare, in casi speciali, la vista dell' interno della trachea con una perfezione maggiore di quella che può ottenersi dal metodo ordinario.

Non ci ha alcuna correlazione fra le disquisizioni dello specialista romano e la scoverta del laringoscopista napoletano; però, ponendo ambedue questi fatti in rapporto con il caso che ora vado a riferire, essi mi han prestato utilissimi servigi, per poter accertare e dichiarare, senza ambagi e reticenze, la malattia di cui si trattava.

Una signora in sui 45-50 anni, di statura regolare, fiacca, di aspetto pallido, angustiato e lasso, si presentò a me, accompagnata dalla sua famiglia. La respirazione era ansante, la voce leggermente rauca, acuta, dissonante, intercisa, tremebonda. Sempre sana, da 4 mesi aveva sofferto grave dispiacere per la morte di una sua figlia, già grandetta. Mentre stava sotto questa impressione morale, si accatarrò; a partire da quel tempo ha accessi di dispnea con tosse convulsiva ed affiesiante quando si agita; la voce è anserina.

Nel sedersi davanti allo specchio laringoscopico, sopravvenne un accesso allarmante; incominciò a tossire e respirare con difficoltà e con rumore stridente; la sua faccia divenne abbattuta e di colore plumbeo, la fronte si covrì di sudore. La tosse era tanto tumultuosa, e la respirazione tanto perturbata ed anormale, che non mi fu possibile comprendere se la dispnea si producesse nella laringe o più giù. Trascorso l' accesso, procedetti all' esame con grande cautela, giacchè temeva la ricomparsa di questa scena; ma fortunatamente lo condussi a termine più facilmente di ciò che potevo impromettermi in sulle prime.

Vidi la laringe, e scovrii la glottide senza gran pena. Le corde vocali eran bianche e di aspetto sano; la spazio glottico presentava sufficiente ampiezza per la respirazione. Ma ciò che mi avrebbe soddisfatto sotto il punto di vista della prognosi, se la infermità fosse stata circoscritta soltanto alla gola, mi produsse l' effetto contrario, perchè mi rivelò che l' ostacolo respiratorio risiedeva più in basso. Ciò malgrado, per emettere un giudizio e dichiarare ciò che io aveva veduto, era necessario far funzionare la laringe; ed a ciò si opponevano un certo tremito ed una certa instabilità dei movimenti, rimasti nell' inferma dietro l' attacco precedente. Concedendole alcuni momenti di riposo, essa si tranquillò, ed allora potetti ripetere l'esame con migliore esito; la feci inspirare ed espirare, le feci emettere alcuni suoni, con che obbligai la laringe a funzionare, e mi fu facile accertare una paralisi dell' abduttore sinistro. L' aritenoide di questo lato non si mo-

veva; quella destra eseguiva ampiamente le sue escursioni, e rendeva possibile la respirazione e la fonazione.

In vista di tali fatti, trassi le seguenti conclusioni: 1) Vi era la voce, perchè la corda vocale destra si avvanzava fino alla linea mediana, e veniva a contatto con la corda vocale sinistra; ma siccome quest'ultima a causa della sua paralisi non si tendeva, nè vibrava, la voce era acuta, incerta e tremebonda; 2) la causa della dispnea stava più in sotto della laringe, e prescindendo dalla paralisi, lo spazio glottico era sufficientemente ampio; 3) la inamovibilità dell'aritenoide sinistro dovea essere prodotta da compressione del ricorrente; 4) la compressione del nervo e gli accessi asfittici dovevano essere originati dalla stessa causa. Che poteva mai essere questa? Qui, la immaginazione aveva un vasto campo ove spaziare: tumori peritracheali, gangliouari, cancerigni, ascessi profondi, aneurismi, essudati, versamento interno, ecc.: in una parola, il disturbo dell'inferma poteva attribuirsi a qualche lesione capace di restringere il lume del tubo aereo. Per uscire da questo ginepraio, era necessario conoscere lo stato del petto e della regione profonda del collo. Tuttavia, io credeva che neppure ciò mi avrebbe fatto giungere ad una diagnosi sicura, giacchè, sono note le incertezze che dominano intorno a queste indagini. Intanto, prima di abbandonare il laringoscopio, volli ricorrere all'ultimo soccorso, cioè mi proposi di vedere—se lo potevo — l' interno della trachea.

Io portava opinione che se fossi riuscito a conseguire ciò, avrei incominciato a chiarire un pò meglio la quistione, giacchè siccome la paralisi laringea non era sufficiente per spiegare l' asfissia, io doveva supporre una stenosi della trachea. Mi accinsi ad una nuova investigazione con tale intento, ma subito ebbi a convincermi che con il mio sguardo non poteva penetrare al di là della glottide, e ciò non perchè questa non presentasse spazio sufficiente, ma perchè essendo la sua apertura obliqua all' asse del tubo tracheale, a causa della paralisi, in vece di luce si projettava ombra nell'interno di questo.

Mi disponeva a fare alzare l' inferma per procedere all' esame del petto, quando rimirando un poco il suo collo, e vedendolo tanto delicato, che spiccava fino il rilievo della trachea, mi si affacciò alla mente il metodo di Massei. Questo consiste nel dirigere il foco luminoso sulla parte anteriore del collo, un poco più in sopra della fossetta soprasternale, esattamente sui primi anelli tracheali. Si fa aprire la bocca all' infermo, e si fa cacciare la lingua, come per l'esame ordinario; si colloca lo specchio davanti all' ugola e si guarda in esso. L' effetto é identico a quello della camera oscura; attraverso l'ombra in cui restano la lingua, la bocca e le fauci, si vede nel fondo - se il riflettore è stato collocato bene - una luce dolce, soave, simile a quella della luna o di una lampada da alcova. Questa luce viene da basso, dal petto, e salendo per lo spazio glottico, illumina pallida-

mente lo specchio. I contorni della glottide appajono oscuri, ma la sua ampiezza od apertura è percepibile e disegnata con esattezza.

Questo processo fu quello che mi giovò nel caso presente. Illuminata la trachea per trasparenza, attraverso i tessuti, potetti guardare nel suo interno. Ora, quale non fu mai la mia sorpresa, quando vidi pulsare le sue pareti fino alla estremità inferiore, ed accertai che in questo punto il lume del tubo era ristretto in tal modo, che non mi fu possibile distinguere la divisione bronchiale! Veder ciò e fare la diagnosi fu tutt'uno, giacchè ricordai l'opuscolo del dottor Zawerthal, e la completa dimostrazione che questo eminente laringoscopista dà della importanza di questo segno, per diagnosticare gli aneurismi dell' arco dell' aorta.

Il mio giudizio era allora definitivamente formato, e mi credetti talmente in possesso della verità, che non avrei modificato la mia opinione, neppure se gli altri metodi di esame mi avessero dato un risultato negativo.

Ciò malgrado, non volli tralasciarli. Per lusso di dimostrazione, nonchè per necessità, feci scovrire all'inferma la parte superiore del petto. Esaminando questo attentamente, non si notava alcuna elevazione all' esterno e neppure a sinistra, nella regione corrispondente alle prime costole; nessun tremore, nessuna pulsazione in questo punto. Soltanto dietro all' articolazione sterno-cleido—mastoidea di destra si notava un piccolo rilievo, tanto accentuato, che era necessario istituire il paragone con il lato opposto, per accertare che si trattava di qualche cosa di anormale. Palpando e comprimendo in giù, questa leggerissima emisenza cedeva e si sentiva pulsare; praticando l'ascoltazione di questa regione si sentivano un rumore sistolico ed un tono nettamente diastolico, che si manifestavano a tempo preciso, e questi fenomeni erano percepibili fin sulla prima porzione dello sterno, ed a sinistra si estendevano da quest' osso fino alla seconda ed alla terza costola dello stesso lato.

L' inferma era già oltremodo stanca da un esame tanto prolungato; la sua ambascia aumentava a colpo d' occhio, di guisa che io temendo che si riproducesse un accesso di soffocazione, come quello che le era sopraggiunto nel sedersi davanti allo specchio laringoscopico, tralasciai la percussione. Ben è vero che questa avrebbe fornito anche essa i suoi dati, ma che poteva mai aggiungere a quelli raccolti con la ispezione laringoscopica e con l' ascoltazione?

Fortunatamente in questo caso l'esame laringoscopico e quello toracico si sono dati la mano, ed hanno fornito un eguale responso riguardo alla diagnosi di aneurisma dell'arco dell'aorta. Io mi rallegro di aver potuto offrire ai miei lettori la esposizione di un caso nel quale, per diverse vie si giunse ad accertare con esattezza la lesione anatomica. Se non vi fosse stata questa coincidenza, non mancherebbero di quelli che porrebbero in dubbio il valore dei segni accertati col laringoscopico,

qualora l'ascoltazione e l' esame *de visu* non li avessero confermati. In fatti, per quelli non abituati all' esame laringoscopico, è molto difficile che si convincano potersi con tal mezzo diagnosticare l'aneurisma dell' arco dell'aorta, anche nei casi in cui l' ascoltazione e la percussione non danno alcun risultato. Oltre a ciò, sembrerà forse una pretensione esagerata preferire un metodo nuovo e ancora poco usato, ad uno che viene riconosciuto come classico.

Ma, esaminando la quistione con imparzialità, ben presto si vede che non sempre è facile diagnosticare l' aneurisma dell' aorta con l'esame diretto. Basta consultare le opere dei grandi maestri, per comprendere l' oscurità che regna su questo particolare. È chiaro che se il sacco aneurismatico è molto sviluppato, applicato sulle pareti toraciche, ed ha usurato lo sterno e le costole, estubera all'esterno, appare per gli spazii sopra clavicolari, e può essere diagnosticato senza difficoltà; però vi sono casi, in cui il tumore è situato nella profondità del petto, si allontana dalla parte anteriore, si dirige verso la colonna vertebrale, rende difficile la respirazione ed anche la deglutizione, senza che all' esterno si osservi estuberanza o si percepisca un fremito, o si noti qualcuno dei segni considerati come caratteristici. Corvisart, Laennec, Chomel, Porta, Skoda, Schrötter, Schult ed altri eminenti pratici, han segnalato le incertezze esistenti ancora nella diagnosi dei tumori aneurismatici della cassa toracica, e sarebbe per me un vano còmpito, accingermi a porre in evidenza ciò che è un fatto indiscutibile.

Ora, è appunto nei casi di tal fatta, che il laringoscopio ci porge un sussidio importantissimo. Le relazioni esistenti fra l'aorta toracica e l'estremità della trachea e l'origine dei bronchi sono state dimostrate da Türk, Schrötter, Gerhardt, Luschka. Il primo di questi aveva già osservato che in certi individui, anche se di costituzione normale, esaminandoli al laringoscopio, si nota una lieve oscillazione nella estremità del tubo aereo, isocrona con la sistole cardiaca, e gli altri autori studiando questo fenomeno giunsero a stabilire — mediante un gran numero di còmparazioni in persone sane, e di misurazioni esatte fatte nei cadaveri — che tale oscillazione è prodotta dall' intima contiguità con cui sta l'aorta con la biforcazione della trachea.

Essendo noti questi dati fisiologici, e supponendo ora un infermo il quale soffre, e crede che la sua malattia risiede nella gola, mentre il laringoscopico non accerta alcun disturbo nella laringe, e d'altra parte nella profondità della trachea si osservano non già le leggerissime oscillazioni normali di cui ho tenuto parola, ma pulsazioni molto evidenti e grandi ondulazioni, formando nell' interno del tubo un rilievo che ne ostruisce il lume, allora la diagnosi di aneurisma dell' aorta sarà tanto sicura, come se potessimo osservare questo con la vista. Codesto è il caso che ho riferito ai miei lettori.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

G. SOMMA — *Sulla tracheo-stenosi per ipertrofia congenita del timo.*

Riassunto ed esame per V. MEYER e F. MASSEI.

Il caso clinico che ha porta occasione al bravo dottor Giuseppe Somma per scrivere una bella monografia, di cui qui sopra abbiamo dato il titolo, fu per gentilezza dell'Autore mostrato pure ad uno di noi. Per questa ragione, per l'interesse grande che in pratica ha l'ipertrofia congenita del timo, e per i pregi di codesto lavoro, noi abbiamo pensato che ai nostri lettori poteva interessare una relazione succinta. Laonde daremo un sunto fedele della monografia, ed avremo agio di svolgere poche considerazioni. Delle quali cose abbiamo chiesto venia all'egregio dottor Somma, il quale ci ha gentilmente favorito i disegni comparsi nel suo lavoro originale.

L'Autore esordisce facendo notare la grande importanza che ha questo capitolo della medicina, non pure dal punto di vista patologico, clinico e terapeutico, ma anche da quello forense; giacchè potrebbe pur accadere che qualche volta il medico legista fosse interpellato dal magistrato per sapere se la causa del decesso debba essere o no addebitata ad una grave asfissia, cagionata da istantanea stenosi tracheale per compressione della glandola timo. Quindi, necessità imprescindibile ed assoluta di venire una volta, e per sempre, in chiaro della vera natura di quest'affezione, ed accertare i mezzi effettivi per combatterla.

La storia di codesta entità patologica non è molto recente. Richa fu il primo che nel 1723 studiò tal forma morbosa nei bambini, e sospettò che fosse in correlazione immediata con la congenita ipertrofia del timo. Tre anni dopo, Verdries qualificò la ipertrofia del timo come una delle cause principali dell'asma infantile. Anche il celebre P. Frank si occupò molto di quest'argomento, e fece notare che negli ammalati morti per asma infantile, le glandole bronchiali ed il timo sono straordinariamente ingrossate. Ma fu il Kopp di Kjöbenhavn che nel 1830 descrisse l'asma timico come una malattia autoctona, una malattia *ex se*; questa sua opinione in sulle prime fu caldeggiata da quasi tutti, riscosse il plauso universale, e come solenne onoranza all'autore, all'affezione si affibiò il nome di asma di Kopp. Il lavoro di quest'ultimo valse non solo a chiarire un pò meglio la natura della malattia, ma fu anche un po-

tente incentivo per stimolare i medici a rivolgervi i loro studii, ed in fatti non andò guari, e sull' orizzonte scientifico apparvero i lavori di Caspari, Pagenstecher, Schneider, Bruck, Conradi, Wunderlich, Pitschaft, Brunn, Hecker, Kornmaul, ed altri. Intanto, è bene notare che mentre alcuni propugnavano caldamente la opinione di Kopp, altri cercarono infermarla, sostenendo che era inammissibile. Ciò contribuì a rendere più viva e più interessante una tal quistione, ed i lavori di Hirsch, Engelmann, Bouchut, Thierfelder, Albers, Brera, Corti, Folchi, ecc. ne rendono piena testimonianza. Sventuratamente, molti fra questi ultimi non serbarono - nel giudicare la quistione — tutta la serenità scientifica di cui fa d' uopo per venire ad un risultato sicuro e positivo; ragion per cui vi fu un'accentuata discrepanza di opinioni su questo argomento, discrepanza la quale mise capo ad una confusione inenarrabile. Nei lavori che vennero a luce più tardi, l' asma timico fu confuso con lo spasmo della glottide; alcuni autori ritennero queste due affezioni come identiche, e non pochi osservatori, seguendo l' opinione di Morgagni, di P. Frank ed Allan-Burns, negarono che l'ingrossamento del timo possa produrre accessi di soffocazione. — In questi ultimi tempi, tale quistione non è stata più studiata con tutto il fervore che meritava, e quindi la soluzione definitiva è rimasta ancora un desiderato. Ciò appunto ha indotto il dottor Somma (il quale ha avuto la propizia occasione di osservare due casi di questo genere) a studiare a fondo quest' argomento, e i risultamenti dei suoi studii sono appunto consacrati nella sua pregevole monografia.

Il dottor Somma narra minutamente e con erudizione la storia di questa malattia, fa notare con acume tutte le varie vicissitudini attraversate. Riferisce la colluvie di contraddittorie opinioni emesse sull'asma timico, e mostra come fino a questi ultimi tempi, molti eminenti scrittori non si sono peritati di negarne la natura autoctona, come fan fede l' illustre Birch-Hirschfeld, il quale mostrandosi poco ligio alle idee di Kopp, dichiara che nella maggior parte dei casi l'asma timico più che all' ingrossamento della glandola, è dovuto ad altri fatti (come per es. all' ingorgo dei gangli peri-bronchiali ed alle alterazioni patologiche degli organi della respirazione e della circolazione), ed il Marchant, che in un articolo recentemente pubblicato nel Dizionario di Medicina e di Chirurgia di Jaccoud, oppugna in modo categorico l' asmo timico di Kopp, e conchiude come segue: « *Il reste donc acquis qu' on ne doit plus décrire aujourd'hui un asthme thymique, et que l' hypertrophie thymique liée à un spasme de la glotte doit être regardee comme un phénomène contemporain, mais sans rélation de causalité* ».

Giustamente fa notare il dottor Somma che questa discrepanza di opinioni potrebbe sufficientemente infermare l' idea che l' asma ti-

mico sia una malattia *ex se*. Lacade, egli per mostrare che mal si appongono coloro che a quest' affezione negano un posto speciale nel campo della patologia infantile, espone tutte le ragioni che militano a favore della opinione di Kopp e suoi seguaci. Riferisce anzitutto molti importantissimi casi clinici, registrati nella letteratura, occorsi tanto in persona di bambini, quanto di adulti, i quali provano che davvero ci ha una tracheo-stenosi per ipertrofia del timo. A questi casi fa seguire una minuta relazione di quei due osservati da lui, i quali provano in modo mirabile la verità della tesi.

Nel primo di questi, si trattava di un bambino di due giorni di età (accolto nell' ospizio dell' Annunziata di Napoli il 17 Luglio del 1882), il quale pur godendo floridissima salute, dietro cause inapprezzabili, veniva colpito da accessi ricorrenti di soffocazione, ciascuno dei quali durava da 3 a 6 minuti primi, e si ripetevano di tratto in tratto, fino a 10 o anche a 15 volte per giorno. Durante l' accesso, la respirazione diveniva breve, sibilante, con atti inspiratori più rumorosi e prolungati di quelli della espirazione. Il viso diveniva cianotico, con pupille leggermente dilatate, con labbra livide e pronunziata replezione delle grosse vene del collo, della faccia e del cuojo capelluto. Dopo pochi minuti, il parosismo incominciava a dileguarsi, e mentre il viso riprendeva il suo normale colorito, si ripristinava la circolazione, subentrava bentosto la calma, ed il bambino cadeva in un sonno profondo, che in media soleva durare circa un' ora; e dal quale veniva destato di soprassalto, a causa della ricomparsa dell' accesso. — Percussione toracica generalmente chiara, tranne nei due terzi superiori della regione sternale, ove *riscontravasi una marcabilissima sona di percussione ottusa*. La palpazione, eseguita nella regione anteriore del collo, non faceva rilevare gli anelli tracheali, nè tampoco il bordo inferiore della cartilagine cricoide; però, in vicinanza del manubrio dello sterno, e proprio in corrispondenza della fossetta giugulare, si constatò una piccola tumefazione, mobile, che risaliva in alto, dal margine superiore del manubrio sternale per la estensione di circa un centimetro e mezzo. L'ascoltazione del torace fu negativa. Non fu possibile praticare l' esame laringoscopico. L' apparato digerente presentava nulla di abnorme. Polso 120; temperatura 37°—37°, 5 C. Fu fatta diagnosi di *stenosi tracheale per ipertrofia congenita del timo*. Dopo tre giorni, il neonato assalito improvvisamente da un accesso dispnoico e da generali ed intense forme convulsive eclampsiche, morì. All'autopsia si rinvenne nel mediastino anteriore un tumore bilobato, ravvolto da lasco tessuto connettivo, mercè il quale aderiva un poco con la faccia interna dei due terzi superiori dello sterno. Dei due lobi, quello destro presentava una forma alquanto allungata, con superficie anteriore convessa, e con un' accentuata solcatura nel mezzo, mentre la faccia posteriore era pronunziatamente concava. Il diametro trasversale

del tumore in massa, ascende a 7 centimetri, mentre il diametro verticale, dal punto della sua inserzione in alto, fino alla biforcazione in lobi, è eguale a 3 centimetri e mezzo. Il tumore prende inserzione in alto sulla trachea, in corrispondenza del quarto anello cartilagineo, mentre in basso i suoi lobi coprono completamente quasi la intera metà superiore del pericardio. A destra il tumore poggia onninamente sul lobo pulmonale superiore corrispondente, mentre a sinistra sfiora appena l' apice del lobo pulmonale superiore del medesimo lato. Posteriormente, poi, l' intera massa glandolare è strettamente unita, mercè molteplici briglie connettivali, all' arco dell'aorta, alla vena cava

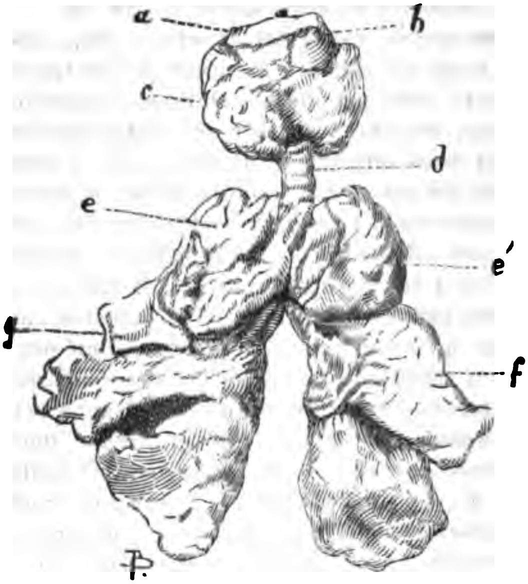


FIG. 1.

a osso ioide — *b* cartilagine tiroide — *c* glandola tiroide — *d* trachea — *e* lobo destro del timo — *e'* lobo sinistro — *f* polmone sinistro — *g* polmone destro.

discendente, ad amendue le carotidi primitive, all'arteria innominata alla succlavia del lato destro, ad amendue le vene giugulari, nonchè ai nervi pneumogastrici di ambo i lati. Lo spazio tracheale libero, decorrente dal bordo inferiore della glandola tiroide fino al margine superiore del tumore, è di circa 1 centimetro. La sua consistenza è duro-elastica; al taglio presentasi con superficie granulosa ed immensamente ricca di vasi capillari. Il suo peso totale raggiunge 13 grammi. Evidentemente *il tumore era costituito dalla glandola timo affetta da ipertrofia congenita.* (Vedi fig. 1).

Nel secondo caso, si tratta di un bambino di 4 giorni, accolto nell' Ospedale dell' Annunziata il 2 aprile del 1884, con minaccia di asfissia. Aveva ottima costituzione organica, con sviluppo scheletrico normale; il colorito cutaneo era roseo; vi era sviluppo eccedente del pannicolo adiposo; la cicatrice ombelicale era in via di formazione. All' esame del torace (che è abbastanza bene sviluppato) si nota che la percussione è ottusa in corrispondenza della metà superiore dello sterno, è chiara in tutto il rimanente dell'ambito toracico. Con la palpazione non si potevano accertare nè gli anelli tracheali, nè il bordo inferiore della cricoide. Vi era piccola tumefazione, mobile al tatto, in corrispondenza della fossetta giugulare, e diretta in alto per la lunghezza di circa 2 centimetri. L'esame della bocca e delle fauci fu assolutamente negativo, tranne una lieve iperemia della mucosa di tutta la cavità orale. Fisiologici tutti gli altri sistemi, organi ed apparecchi del neonato. Temperatura 37°, 3 C., polso 125, atti respiratorii 30 a minuto. Tuttavia, malgrado questa ottima costituzione, il bambino dietro cause inapprezzabili veniva colpito repentinamente da forti accessi dispnoici, che confinavano con la soffocazione, e si ripetevano durante tutto il corso del giorno e della notte in numero di 17 a 20 nel corso di 24 ore. Ciascun accesso durava, in media, 5 minuti primi. Non appena appariva il parosismo, il bambino eseguiva circa 5 a 6 atti inspiratorii prolungati e rumorosi, ai quali seguivano espirazioni brevi e sibilanti; talfiata le inspirazioni si eseguivano a scatto, con un timbro di sonorità speciale, *come se all'entrata dell'aria un corpo estraneo oscillasse lungo il canale tracheale.* Come nel primo caso, vi era cianosi del volto, turgore delle giugulari e di tutte le vene del collo e della testa, movimenti multipli ed irregolari degli arti, capo ripiegato in avanti, bocca ampiamente schiusa, lingua protrusa fuori la cavità orale, narici dilatate, voce normale, nessun colpo di tosse. Dal professore Luigi Somma fu fatta diagnosi di *stenosi tracheale per ipertrofia congenita del timo.* — La durata degli intervalli fra un accesso e l'altro non tardò a menomare; sopravvennero gravi convulsioni eclampsiche, e nel pomeriggio del 5 aprile il bambino morì. All' autopsia si riscontrò un grosso tumore, contenuto nelle lamine della pleura che costituiscono il mediastino anteriore (vedi fig. 2). Esso era di un color rosa-pallido, bilobato, a superficie liscia, ma intarsiata da molteplici ed esilissimi solchi, che si approfondavano nella spessezza del tessuto, ove si immetteva pure un lasco tessuto connettivo, che all'esterno del tumore gli fa da capsula. Questo prendeva origine dal 4° anello tracheale, scendeva verticalmente in giù, e giunto sulla base del cuore, si divideva in due lobi a direzione obliquamente opposta; di questi, il destro covrendo l' orecchietta ed il seno destro del cuore, raggiunge il lobo medio del pulmone corrispondente; mentre il sinistro ricopre quasi completamente tutta la porzione

sinistra del cuore, ed arriva in basso fin presso la sua punta. Anteriormente, un tessuto cellulare a larghe maglie stabilisce la relazione fra il tumore e la faccia posteriore dello sterno. Allo indietro il tumore poggia ed aderisce intimamente con l'arco dell'aorta, col tronco brachio-

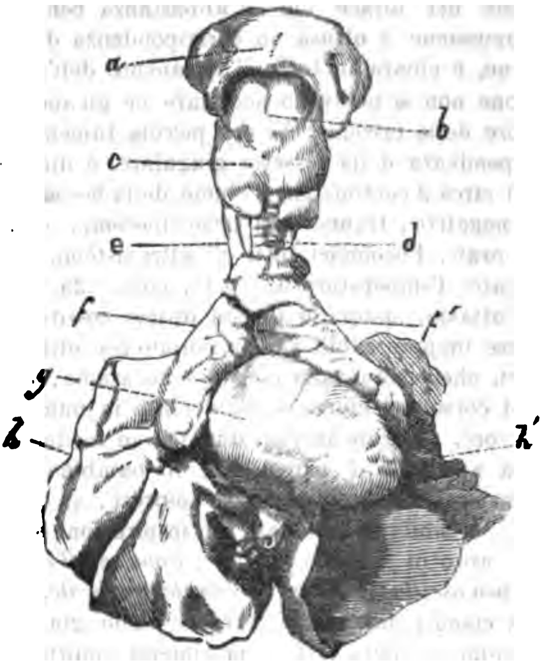


FIG. II.

a osso ioide — *b* cartilagine tiroide — *c* glandola tiroide — *d* trachea — *e* arteria carotide destra — *f* lobo destro del timo — *f'* lobo sinistro — *g* cuore — *h* polmone destro — *h'* polmone sinistro.

cefalico, con la carotide e la succlavia sinistra, con la cava discendente ed i nervi pneumogastrici. Lateralmente il margine esterno di ciascun lobo viene ad essere in parte ricoverto dai bordi pulmonali anteriori.

Il tumore, *formato evidentemente dal timo ingrossato*, è piuttosto molle, cedevole ed alquanto elastico, è abbastanza vascolarizzato, ed alla incisione presenta una superficie finamente granulosa.

Come il lettore agevolmente ha potuto scorgere da tutto ciò che abbiamo detto, e da questi due reperti anatomici, la *tracheo-stenosi da ipertrofia congenita del timo* è una *entità patologica a sè*, ed il dottor Somma con questa sua monografia, ha confermato il concetto clinico del Kopp.

Ebbene, dopo aver reso all' Autore questo giusto omaggio, noi ci permetteremo una osservazione che scaturì naturalmente quando egli ci fece l' onore di presentare il secondo dei casi narrati.

La natura dello stridore, cioè il particolare suono che si udiva quando il piccolo infermo era incolto dagli accessi, la frequenza con la quale questi si ripetevano, indusse anche a noi pensare ad una cagione organica, e non ad un fatto puramente nervoso e transitorio; siccome la integrità della voce ci fu di guida nel credere ad una sede sottoglottica e tener lontana la tracheotomia. Ma nella euforia, e quando il bambino non piangeva, nè si agitava, la calma era così consolante e contrastava tanto fortemente con la bufera trascorsa, che l'idea di un fatto spasmodico, nostro malgrado ritornava alla mente. E quando sapemmo del reperto anatomico, noi che del nome di *asma timico* non fummo mai teneri, perchè contradittorio tra la sostanza e la forma, noi avemmo agio di convincerci che i nostri buoni padri, anche senza laringoscopio e le minute osservazioni dei recenti tempi di progresso, non erano alla fin fine dei semplici praticanti, ma persone serie ed a modo, che talora nella nomenclatura dei morbi erano più felici di quello che presentemente il fossimo noi.

In breve, la denominazione di *asma timico* è perfettamente giustificata. Malgrado una lesione anatomica indiscutibile, reale, la forma morbosa è tanto marcatamente accessionale che val la pena conservarle il vecchio nome, non solo senza pregiudizio, ma col vantaggio di una netta designazione della scena morbosa di carattere parosistico.

Dopo avere esposto tutti questi fatti, l' Autore si occupa dell' anatomia e della fisiologia del timo, e mostra come malgrado una vasta serie di ricerche *ad hoc*, fatte da anatomisti e da fisiologi, non per anco si è riusciti ad acclarare per bene la funzione del timo, di guisa che oggi si è soltanto più o meno autorizzati a ritenere che — come risulta dall' analogia di struttura che esso presenta con i follicoli linfatici e dalla somiglianza clinico-morfologica del succo timico con quello glandolare — il timo sia una *glandola linfatica fetale*.

Quali sono tutte le lesioni anatomiche del timo? Ecco una domanda che finora ben pochi si sono rivolta, ed alla quale il dottor Somma ha creduto bene di dare una risposta completa. Ci duole che la mancanza di spazio non permetta di esporre tutta la letteratura medica che egli ha compulsato in proposito. Daremo invece, quindi, soltanto un quadro sinottico da lui fatto, nel quale sono riassunte tutte le alterazioni patologiche finora accertate nel timo, con il nome dei rispettivi autori.

Quadro sinottico delle alterazioni patologiche finora constatate nel timo.

Alterazioni	Autori
1. Vizi di conformazione	FOERSTER — BIRCH-HIRSCHFELD.
2. Ingrossamento semplice ed ipertrofia	BRERA — COOPER — MECKEL — HAUGSTED — CORTI — ZANNINI — HIRSCH — ROBERTS - KOPP — ROKITANSKY — FOERSTER — BIRCH-HIRSCHFELD — BAILLIE — BILLARD.
3. Iperemia	WEBER F. — BIRCH-HIRSCHFELD.
4. Inflammazione	BAILLIE — VÉRON — FOERSTER.
5. Ascessi idiopatici e metastatici .	BAILLIE — BONNET — HASSE — WIEDERHOFER — WITTICH — WEST — FOERSTER-HENOCH.
6. Emorragia	KOPP — WEBER F. — EPPINGER — BIRCH-HIRSCHFELD — RAUDNITZ.
7. Infiltrazione purulenta sifilitica.	DUBOIS — WEISFLOG.
8. Sifiloma	BIRCH-HIRSCHFELD.
9. Noduli gommosi	HENOCH.
10. Tubercolosi	BRODIE - BEDNAR — WEST — FOERSTER.
11. Cisti	BEDNAR.
12. Sarcoma	HEDENIUS — A. COOPER — FALCON — SIMON — STEUDENER — TOZETTI.
13. Carcinoma	WEST — FOERSTER — BIRCH-HIRSCHFELD.
14. Calcoli — Concrezioni	BAILLIE — FOERSTER.
15. Mixo-Lipoma	BRIGIDI.

Ma quale è la *patogenesi* di questa rara affezione?

Ecco una incognita spaventevole della patologia, alla quale tuttochè

non pochi dotti ed intelligenti osservatori abbiano rivolto la loro attensione, pur nondimeno non ancora si è riusciti ad ottenere un responso se non assolutamente, per lo meno relativamente sicuro. Il dottor Somma facendo gran tesoro di tutti i reperti anatomici accertati da lui e da altri osservatori, e sotto la scorta dei dati che finora la fisiologia e l' anatomia ci hanno fornito su tale argomento, riferisce una ingegnosa teoria patogenica dell' asma timico, che reputiamo acconcio ripetere con le sue stesse parole. Egli dice: « io inclino a credere che complessa debba essere la patogenesi di questa varietà di stenosi tracheale, giusta perchè in due diversi modi agisce l' elemento causale: nel *primo*, la glandola ingrossata, direttamente cagiona una parziale ristrettezza del lume tracheale, per insolita e sproporzionata pressione meccanica sull' aspera arteria, e quindi impossibile la introduzione nei polmoni di una normale colonna di aria atmosferica; nel *secondo*, la stimolazione anormale cagionata dal timo sulla porzione toracica del par vago, nonchè sulle rispettive sue ramificazioni bronchiali, determinando possibilmente un' alterazione molecolare del *cilinder axys*, e quindi il disturbo del suo processo funzionale, è capace di suscitare una contrazione spasmodica dei muscoli mesocondriaci, donde la respirazione stertorosa e l' asfissia per impedito afflusso della quota fisiologica di ossigeno nella economia animale».

Tra queste due ipotesi, il dottor Somma attribuisce maggiore importanza alla prima, come quella che più ampiamente lascia spaziare nella esatta interpetrazione dei fenomeni clinici messi in correlazione del reperto anatomico; secondo lui, una delle ragioni che più militano a favore di questa ipotesi è, che malgrado la persistenza della causa morbosa, la forma clinica si esplica con accessi periodici. E ciò che a prima vista potrebbe sembrare il punto più oscuro della quistione, riceve una spiegazione plausibile. In fatti, ammettendo che il timo sia una glandola vascolare sanguigna, essa deve essere suscettibile di maggiore o minore afflusso dei liquidi in essa circolanti, sotto l'influenza di svariatissime cause; ciò determinerebbe un fugace aumento o diminuzione dell' organo, donde il grado più o meno accentuato di compressione sugli organi prossimiori. La ricorrenza degli accessi in seguito al pianto, alla tosse, al grido, al destarsi dal sonno, al cambiamento di posizione del bambino ecc., avvalorerebbe non poco questa ipotesi.

E noi siam felici accordarci in queste vedute interamente con l'Autore; anzi siam persuasi che quando i reperti, più numerosi, verranno a suggellare la verità della forma morbosa, ed il rapporto esatto tra causa ed effetto, questa interpetrazione, studiata nei suoi più minuti dettagli, allargata nei suoi confini, resterà come la più salda. Niun dubbio che i rapporti della glandola ingrossata con nervi così importanti come i pneumo-gastrici, possa render minutamente conto dei fe-

nomeni che si svolgono nell' asma timico; questo fatto reale, indiscutibile, non ammette ulteriore discussione: è un dato certo, un punto di partenza sicuro; ma sapere perchè una lesione organica e costante si appalesi con una forma morbosa di carattere spiccatamente intermittente, è cosa che resta assai bene spiegata dal *temporaneo aumento di volume che una glandola vascolare come il timo, subisce in certe date condizioni fisiologiche, o meglio in tutti quelli stati nei quali l'impedito deflusso del sangue venoso dal capo al centro circolatorio, imbeve, come spugna, questa glandola che pare fatta a posta onde prestarsi, come tessuto cavernoso, a ricettare maggiore quantità di sangue*; e come noi vediamo negli sforzi della tosse e del pianto gonfiarsi le vene del collo che diventa turgido e voluminoso, potremmo perfettamente intendere quale considerevole aumento, ma pur temporaneo, possa accadere in una glandola come il timo. La pressione sul vago, anche a scopo sperimentale provocata, determina una scena simile a quella dell' asma timico; in ciò il reperto anatomico rattrova una solenne conferma; ma se la pressione fosse costante, costante egualmente ne dovrebbero essere le conseguenze, e chi ne risentirebbe in modo esagerato, sarebbe al certo il ricorrente. Dunque, imprescindibilmente bisogna pensare ad un cangiamento *temporaneo* che sopravviene nella glandola già ipertrofica, e la patogenesi così semplicemente immaginata, è la sola che soddisfa pienamente la coscienza del clinico e dello scienziato. Nella sua semplicità, nel suo verismo, essa vale tutto.

Dopo la *patogenesi* ed uno studio breve e conciso della *etiologia*, il dottor Somma esamina la *sintomatologia* dell' asma di Kopp. Fa rilevare che pochi sono i sintomi, davvero valutabili dal punto di vista *diagnostico*. Per rendere più facilmente intelligibile il quadro clinico della ipertrofia congenita del timo, egli ripartisce questo stato morboso in due periodi: quello di *accesso* e quello di *quiescenza*. Il primo sopravviene *ex abrupto*, in mezzo ad una rigogliosa salute; il neonato prima di ogni espirazione, esegue 4, 5 a 6 atti inspiratorii prolungati e rumorosi, come quelli che si osservano nella pertosse, ma più acuti, e talvolta sibilanti ed a scatto, come « *se un corpo estraneo oscillante fosse indovato nel canale respiratorio* ». Talfiata, la respirazione si arresta per qualche tempo, sicchè il medico paventa la morte per soffocazione. Quando l'accesso si protrae, si manifesta tutta la sindrome fenomenica dell' asfissia (collo turgido, labbra livide, narici dilatate, vene della faccia, della fronte e del collo gonfie, cianosi, energica azione dei muscoli ausiliarii della respirazione). Durante l'accesso, la lingua sporge in fuori, i polsi divengono veloci, irregolari ed aritmici, la temperatura si deprime un poco, le estremità sono alquanto fredde, mentre la testa è calda, vuoi in corrispondenza dell' occipite, vuoi della fronte. Punto tosse; la voce non è

anormale. Questo « periodo di accesso » in media suole durare mezzo minuto primo, fino a cinque; può ripetersi ogni giorno, ed anche ogni otto giorni nei casi lievi, mentre in quelli più gravi l'accesso è frequentissimo, e talfiata si verifica finanche 10·15·20 volte al giorno.—Dileguato l' accesso, subentra il « periodo di quiescenza », durante il quale i precitati fenomeni svaniscono quasi del tutto, e l' infermo sovente cade in un sonno profondo, dal quale poco dopo si desta per ripetersi la miseranda scena, che cennammo or ora a volo di uccello. Esaminando accuratamente il bambino in questo periodo di quiescenza, si nota quanto segue: alla ispezione nulla di rilevante (in alcuni casi, però, ci ha accentuata sporgenza della regione sternale). Alla palpazione neppure nulla di abnorme; però in alcuni casi si constata esagerato sviluppo del connettivo sottocutaneo nella regione anteriore del petto. Nel mezzo ed in basso della regione anteriore del collo, in corrispondenza della fossetta giugulare, propriamente verso il margine superiore del manubrio dello sterno, si può accertare—applicandovi la punta dell' indice destro — « una lieve tumefazione, mobile, che si mantiene a debita distanza dal bordo inferiore della glandola tiroide, quando questa presentasi allo stato normale ». La percussione, sui lati e nella porzione superiore della regione sternale, fa rilevare un suono ottuso, e finanche di pentola fessa.

Dopo, l'Autore prende in considerazione l'argomento più importante e scabroso di questo oscuro capitale della patologia : esamina cioè la quistione relativa alla *diagnosi*.

Finora tutti i clinici ed anatomisti-patologi di vaglia furon conformi nel dichiarare, che è difficile diagnosticare con precisione la tracheostenosi da ipertrofia del timo. In fatti il Vogel nel suo bellissimo Trattato di Pediatria, riassumendo le opinioni di tutti gli osservatori e le sue, conclude che « *le malattie del timo non si possono diagnosticare, eccettuatone il cancro del mediastino anteriore, il quale viene accertato dal suono ottuso che dà la percussione nella metà anteriore del petto, e dai segni di compressione che si osservano sul cuore, sui grossi vasi e sui pulmoni* ».

Rebus sic stantibus, L' Autore fa comprendere che còmpito di tutti i clinici scrupolosi, deve essere lo stenebrare alla meglio il bujo che domina in questo oscurissimo pelago, per decoro professionale e scientifico, acciò l' uomo d'arte e di scienza in una data emergenza non abbia a fare la meschina figura di quel medico descritto da Marziale, che incapace a riconoscere il morbo dell' infermo, restava intontito davanti a questo e se la cavava d' impaccio con un grazioso sogghigno (per cui, soggiunge il poeta, *caduntur tumidae, medico ridente, mariscae*) ; ed anche per dare in caso di bisogno un responso esatto

ad una interpellanza medico-legale, circa la causa della morte di un neonato.

A questo compito, appunto, si è accinto anzitutto il dottor Somma, nell'intento di poter presentare ai medici dei criterii, « se non assolutamente certi, almeno indiscutibilmente probabili onde raggiungere lo scopo ». Secondo lui, il migliore indirizzo clinico da attuare, per venire a capo della diagnosi di sede e di processo, deve essere basato sulle seguenti riflessioni:

α) È una laringo-stenosi od una stenosi tracheale quella su cui cade la nostra osservazione?

β) Ammesso che sia una tracheo-stenosi, questa dipende da condizioni intrinseche od estrinseche alla trachea?

γ) E se la stenosi tracheale riconosce la sua origine in una causa posta fuori del canale respiratorio, quali sono i processi morbosi che possono produrla?

δ) La diagnosi di stenosi tracheale per ipertrofia del timo può soltanto basarsi su caratteri diretti, o deve essere il risultato di un rigoroso esame di esclusione?

Del resto, oltre a questa parte del lavoro, merita lode quella che riguarda diagnosi differenziale fra tracheo-stenosi da ipertrofia del timo congenita, e tutti i processi morbosi con i quali essa potrebbe essere equivocata. Egli anzi tutto fa rilevare che i processi patologici della laringe che sogliono occorrere nel primissimo periodo della infanzia (laringite pseudo-membranosa, edema del laringe, pseudocroup, laringite catarrale acuta, mughetto larinego) possono essere ben distinti dalla tracheo-stenosi per ingrossamento del timo, vuoi per i caratteri della voce, vuoi per quelli della tosse, giacchè tanto l'una quanto l'altra, sogliono presentare note peculiari, caratteristicamente differenti, per lo chè si fa, ad esaminare ciascuna di queste note, e mostra come con una sana cognizione di tutti questi fatti, il clinico sia sempre al caso di fare una diagnosi differenziale esatta.—Circa la tracheo-stenosi sintomatica, la quale può essere prodotta da molte cause morbose, intrinseche alla trachea (affezione catarrale o infiammatoria, ulcerazioni sifilitiche superficiali o profonde della trachea, corpi estranei, assottigliamento, usura e perforazione completa della parete tracheale) ed anche da compressione (grave ipertrofia dei gangli peri-tracheale, ascessi retro-faringei, sarcomi esistenti nella regione cervicale anteriore), il dottor Somma osserva che il clinico, per essere ben sicuro del fatto suo — cioè per decidere se il restringemento del lume tracheale è dovuto a condizioni morbose insite nelle sue proprie pareti, ovvero è cagionato da compressione—deve tenere bene presente il quadro dei processi morbosi atti a produrre direttamente od indirettamente una stenosi tracheale. E tuttochè questa non sia impresa da prendere a gabbo, pur nondimeno il clinico potrà sem-

pre raggiungere il suo obbiettivo, tenendo di guida i seguenti canoni-clinici, cioè: α) « che i processi morbosi indovati nelle pareti tracheali sono molti eccezionali nel primissimo periodo dell' infanzia, β) che le stenosi tracheali, sopratutto nella prima età, riconoscono quasi sempre la loro origine nelle lesioni degli organi vicini,, γ) che queste ultime potranno essere assai bene acclarate da un rigoroso esame obbiettivo del piccolo infermo, ed a norma che il restringimento della trachea possa essere prodotto per esempio dal gozzo, dalla ipertrofia dei gangli peri-tracheali, dagli ascessi retrofaringei, dai tumori della regione cervicale anteriore, oltre i sintomi della tracheo-stenosi si avrà sempre una fenomenologia speciale per ciascuno dei predetti processi morbosi ». Ciò premesso, l' Autore prende in accurato esame tutti i processi patologici atti a produrre — mercè compressione — un restringimento della trachea, durante la prima infanzia (*gozzo congenito, tumori del mediastino anteriore, ascessi retro-faringei, tumori esofagei, ipertrofia della glandola timo*), e ne stabilisce con criterii esatti, rigorosi, improntati ad una sana critica scientifica, i caratteri differenziali. Indi, per trattare a fondo le entità patologiche che hanno una somiglianza per sintomatologia con la tracheo-stenosi idiopatica da ipertrofia del timo, prende anche in considerazione lo *spasmo glottico*, fa notare, esponendo la sindrome fenomenica di queste due affezioni, che lo spasmo glottico può esser distinto — con matematica precisione — dall' asma timico; e termina l'esame della diagnosi differenziale, mostrando le note cliniche che distinguono l' asma bronchiale da quello di Kopp, e ritornando a parlare dei caratteri differenziali fra la tracheo-stenosi timica ed il mughetto laringeo, che è stato ultimamente tanto bene studiato da Massei, Tordeus, Gubler ed altri.

Vi ha una *terapia* per la tracheo-stenosi prodotta da ipertrofia congenita dal timo? E nel caso affermativo, quale deve essere?

L' Autore prima di esporre quest' ultima parte del lavoro, confessa schiettamente che per lui, la *prognosi* dell' affezione è assolutamente nefasta. Dopo ben pochi giorni, o qualche settimana al massimo, il bambino soccombe, e nella maggior parte dei casi con apparente forma apopletica, con la quale termina la triste scena dei reiterati attacchi dispnoici. Oltre a ciò, non è punto difficile un esito letale repentino, senza la concomitanza dell' accesso, e con completa assenza di qualsiasi sintoma precursore, atto a farne prevedere la comparsa. Ma, per solito, la morte sopravviene dietro gravi convulsioni eclampsiche — vuoi generali, vuoi parziali — alle quali il bambino soccombe a capo di poche ore.

Tenendo presente questa prognosi, è facile comprendere, quale colluvie di mezzi sia stata raccomandata dai varii autori per combattere la stenosi tracheale da ipertrofia del timo. Andremmo troppo per le

lunghe se volessimo riferirli tutti, e ciò tanto più in quanto che non pochi di essi sono assurdi, contraddittorii, destituiti di qualsiasi base scientifica. Così per esempio Hirsch, nello scopo di moderare la intensità dell'accesso, prescriveva l'acqua di lauro cerase (a piccole ma frequenti dosi), il muschio, l'assa fetida i preparati di zinco; contro le congestioni degli organi interni raccomandava una dieta rigorosa, il reiterato sanguisugio locale, gli essutori sul petto ed i purganti energici. Per combattere direttamente la malattia, commendava i mercuriali, gli antimoniali, la cicuta, la digitale il jodo ed il carbone animale. — Graf ed Hasch pretendevano di voler domare questa malattia col metodo assegnato da Valsalva per la cura degli aneurismi. Berton ordinava il frequente sanguisugio sullo sterno, nonchè la somministrazione della cicuta, del jodo e degli antispasmodici. Ley commendò il salasso della vena giugulare, nonchè la tracheotomia nel caso che il salasso riuscisse inefficacace. Fabre commendava caldamente l'idroclorato di calce, la spugna calcinata, il carbone animale, i vescicanti e le frizioni sciolglienti. Allan-Burns propose addiritttura la estirpazione del timo. Pasquali elogia l'uso interno degli antispasmodici e degli antiscrofolosi, nonchè l'applicazione del vescicante e delle mignatte sullo sterno; propone le bagnature fresche o fredde al capo, e le frizioni di unguento di timelea alla regione occipitale.

Questi pochi cenni ribadiscono quello che or ora dicemmo, cioè che la terapia di quest' affezione fu finora un vero caos di rimedii, inutili alcuni, assurdi gli altri.

Non faremo certo una critica minuta e particolareggiata di tutti. Esporremo, in vece, la terapia proposta dal dottor Somma, il quale opina che di tutti questi rimedii si debba fare completamente a meno, ed avvalora questo suo asserto con ragioni validissime. Egli riprova la esecuzione della tracheotomia in tali emergenze, giacchè pur prescindendo dal fatto, che in bambini di età tanto tenera questa operazione è pericolosissima sotto molteplici riguardi, essa dovrà sempre circoscriversi in un regione superiore a quella ove risiede la stenosi, e quindi si schiuderebbe soltanto un varco all' aria in un punto sovrastante al tratto coartato. La stessa applicazione di una cannula lunga, è di una utilità illusoria o frustranea, giacchè fra 100 casi di timo ipertrofico, il tumore per lo meno nel 90 % dei casi raggiunge il pericardio. Noi siamo pur contenti, non solo di dividere queste giuste apprezziazioni, ma di essere stato di perfetto accordo con lui circa l' inutilità di tentarla, nel caso secondo. Circa l' operazione proposta da Allan-Burns, egli fa notare che per praticare la totale estirpazione della glandola tiroide, sarebbe assolutamente necessario eseguire la resezione del manubrio dello sterno, schivare

tutti i vasi arteriosi e venosi che hanno rapporti più o meno intimi col corpo glandolare, ed asportare il tumore fino alla sua inserzione agli anelli tracheali, senza cagionare la menoma lesione al pericardio ed ai pulmoni, con i quali sta in intime relazioni. Quale chirurgo sarebbe tanto audace da praticare una tale operazione in un lattante, in un neonato? — I mezzi che — secondo il dottor Somma — possono essere adoperati, nella speranza di qualche successo relativo, sono i seguenti: nella ricorrenza del parosismo od in presenza di una incipiente asfissia, fa d'uopo sollevare il bambino e tenerlo in posizione verticale, aprire le imposte della camera (per moderare la narcosi carbonica), spruzzare acqua fresca o fredda in viso, praticare embrocazioni fredde al capo, applicare senapismi volanti sulla regione precordiale, sullo sterno, ed anche sulla faccia; praticare inalazioni di etero solforico o di cloroformio, se l' asfissia non è accentuata. Nei bambini grandicelli, si potranno eseguire eziandio inalazioni di aria compressa. (Ci si permetta, nondimeno, osservare che in *tutt' i casi di stenosi della trachea e dei bronchi* da cagioni esteriori al loro lume, noi, che in fatto di aeroterapia abbiamo lunghissima esperienza, vedemmo sempre massima intolleranza). Se con tutti questi rimedii, l'accesso si prolunga e diviene minaccioso, è utile ricorrere alla respirazione artificiale.

Tuttavia, per lo più, riescono inefficaci i mezzi ora cennati. Allora, secondo il dottor Somma, si potrebbe far tesoro del *cateterismo della trachea*, il quale finora è stato adoperato nelle stenosi laringee da Weinlechner, Schrötter, Trendelenburg, Massei ed altri, ed ha dato risultamenti bellissimi. (Ma nelle compressioni della trachea avrebbe lo stesso valore?) Dileguato il parosismo, si cercherà soddisfare alla indicazione *causale*; sventuratamente, i mezzi che finora disponiamo su tale riguardo sono limitatissimi e per lo più frustranei. Si deve cercare di ottemperare a due scopi: *α*) ridurre per quanto è possibile il volume della glandola, onde menomare il grado di compressione sulla trachea ed organi adiacenti, nonchè per diminuire l' azione degli stimoli sul laringeo inferiore e sul pneumogastrico, e *β*) allontanare il dissesto della funzionalità nervosa, il quale si esplica con ricorrenti accessi di stenosi tracheale.

Mezzi efficaci per conseguire tale scopo sono ancora un *desiderata*. Ad ogni modo si possono tentare i seguenti: o fare restare coricato il bambino (dopo trascorso il parosismo) con decubito laterale destro o sinistro, ma col capo abbastanza sollevato; applicare un vescicante sulla regione sternale, e farlo restare in sito 6 o 7 ore; ovvero eseguire sulle regioni ascellari a preferenza, e alternativamente su quelle inguinali, frizioni di pomata mercuriale alla dose di 20 a 50 centigrammi al giorno; propinare nel corso delle 24 ore un' alta dose di bromuro di sodio (3 e 4 grammi, a cui si potrà associare con vantaggio un 10 cen-

tigrammi di joduro di potassio e qualche goccia di tintura eterea di belladonna).

Nel solo caso in cui il bambino fosse minacciato da imminente paralisi cardiaca per esaurimento dei centri nervosi, prodotto da reiterati accessi di tracheostenosi, è permeso fare uso dell' assafetida, del muschio, del castorio e del valerianato di zinco.

Avevamo dunque ragione di dire che questa monografia colma un vuoto, ed al dottor Somma torna il vanto di aver saputo riunire tutto ciò che, intorno all' essenza, alla genesi, ed alla storia patologica dell' asma timico, era sparso nei libri, antichi e recenti, che egli ha saputo così profittevolmente consultare e studiare.

VARIA

Il nuovo anno. — Entriamo nel 4.° anno di vita, rigoglioso pel movimento scientifico e l' operosità dei nostri bravi collaboratori, assai scarso per il numero dei lettori.

Il migliore augurio che possiamo rivolgere a noi stessi, nella ricorrenza di codesto genetliaco, è che sia distrutto il pregiudizio col quale gli Archivii Italiani di Laringologia si vogliono credere merce buona per gli *specialisti* soltanto. Noi non avremmo che a ricordare gli articoli pubblicati negli anni precedenti, per dissipare questa falsa credenza, nociva a coloro che del Giornale non vogliono saperne, ed a noi stessi, che non risparmiamo lavoro e danaro per renderci bene accetti. Sono tre anni che lavoriamo e rifondiamo di tasca, ma siamo orgogliosi di poter ripetere che grazie a questi sforzi, noi siamo giunti a dimostrare che per un giornale di Laringologia, in Italia, non mancava il materiale: mancheranno i lettori? Abbiamo fede che no: tenaci nei nostri propositi, noi andremo avanti sempre, e l' incoraggiamento che tanto benevolmente il Consiglio Superiore ci ha largito, servirà a trasfonderci lena nel battere la nostra via.

Abituati però a non vendere oro per orpello, speriamo che la franca confessione fatta ci concilii simpatia, e ci frutti qualche abbonato!

Incoraggiamento alla pubblicazione del nostro Giornale. — Nel rendere di pubblica ragione questa lettera, indirizzata

dal Commendatore Martini, Segretario Generale del Ministero della Pubblica Istruzione, al Direttore di questo Giornale, la Redazione intende esprimere tutta la sua riconoscenza al Consiglio Superiore. Il favorevole parere è un voto di plauso che torna a lei graditissimo, e servirà d'incitazione a continuare e far meglio.

Ecco intanto la lettera:

« Sono lieto di partecipare alla S. V. che in seguito a parere favorevole della Giunta del Consiglio Superiore, ho disposto Le sia accordata la somma di Lire Duecento a titolo d'incoraggiamento per la pubblicazione del suo periodico intitolato « Archivii Italiani di Laringologia ».

Nel compiacermi con Lei della meritata concessione, Le significo che il relativo mandato sarà esigibile fra pochi altri giorni presso cotesta Tesoreria ».

La Redazione annunzia con piacere che recentemente il Direttore di questi Archivii, Prof. Massei, venne nominato Socio Onorario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, e che due lavori del detto Professore hanno avuto l'onore di esser tradotti: le lezioni Cliniche fatte al Gesummaria, dal Prof. Ramon de la Sota y Lastra in ispagnuolo, e la Clinica delle malattie respiratorie, in inglese, dal Prof. Humbert di Ginevra.

Nuovi libri — Sovente, lo ripetiamo, per difetto di spazio, noi con rammarico dobbiamo limitarci ad annunziare soltanto le più recenti pubblicazioni. E questa volta, trattandosi di un libro di Otojatria, un' altra ragione c' imporrebbe il silenzio. Pur pensando che varii nostri Colleghi in Italia coltivano, insieme alle malattie naso-laringee quelle dell'orecchio, e per mostrarci grati ai solerti Editori Sig.i Urban e Schwarzenberg di Vienna, in questa rubrica ci decidiamo a tener brevemente parola di un' opera recentissima, la seconda edizione di quell'aureo libro del Prof. Victor Urbantschitsch, che porta il seguente titolo: « *Lehrbuch der Ohrenheilkunde* ».

È un volume di 436 pagine con 73 incisioni in legno ed 8 tavole, edito con tutta cura e con tipi nitidissimi. L'Urbantschitsch è noto troppo in Italia, perchè sia lecito a noi, dal libro, pigliar pretesto a odare l' Autore. Egli è tanto competente nella materia, quanto facile scrittore; e questa facilità prova che si aggira maestro nel vasto campo che percorre con sicurezza e valore.

Il libro è diviso così: I—Esame dell'apparecchio acustico; II—Terapia generale nelle malattie dell' orecchio esterno e medio, e nelle ma-

lattie del naso e della cavità naso-faringea. Poi, di ciascuna parte dell' organo vien trattata, in capitoli distinti, prima l'anatomia e la fisiologia, e poscia la patologia e la terapia. L'opera termina con una appendice sulle questioni medico-legali relative all' orecchio.

Quando si pensa alla scarsezza di trattati completi intorno ad argomento così interessante, non si può fare a meno di conchiudere che il libro di Urbantschitsch è prezioso per la scienza e la pratica, e che esso diverrà presto quello meritamente preferito.

Il sottoscritto, collaboratore della gazzetta « Internationales Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie », incaricato della rivista dei lavori italiani di laringologia e rinologia, prega gli autori delle varie memorie di mandargliene una copia all' indirizzo qui sotto.

Dott. Edgard Kurz.

Firenze, Via delle Porte Nuove 12.

Intanto, noi diamo il benvenuto a questo nuovo Giornale, il primo fascicolo del quale è già comparso; ci felicitiamo col Semon pel modo com' è redatto, e speriamo che facendo rivista della maggior parte degli articoli pubblicati nei nostri Archivii, possa servire come mezzo a farci conoscere un pochino meglio, fuori di casa nostra.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

8me SESSION. COPENHAGUE 1884.

Du 10 an 16 Aout 1884.

I. — SECTIÓN DE LARYNGOLOGIE.

Comité d' organisation :

MM. Vilhelm Meyer, président; Doct. Schmiegelow, secrétaire; Doct. Berlème Nix, Doct. E. Bull (Christiania); Prof. Ribbing (Lund), membres.

A. — Communications prévues

1. a. L' importance pronostique des différentes manifestations locales de la tuberculose du larynx. Doct. Solis Cohen, Philadelphie.
   b. Tuberculose du larynx. Doct. Gouguenheim, Paris.
2. Les paralysies du larynx. Doct. Félix Semon, Londres.
3. Les inhalations médicamenteuses dans les maladies des voies aériennes. Prof. F. Schnitzler, Vienne.
4. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne (Combin, otol.-laryngol) a. Patologie. Doct. Max. Bresgen, Frankfurt a. M.; b. Traitement. Doct. Guye, Amsterdam.
5. Traitement du goître. Doct. Morell-Mackenzie, Londres; Prof. Ribbing, Lund.
6. L' enlèvement opératoire des corps étrangers et des pseudoplasmes des voies aériennes. Prof. Voltolini, Breslau; Prof. Lefferts, New-York.
7. Le traitement de la diphtérite. a. Traitement. médicamenteux, Doct. Seifert, Würzburg; b. Traitement instrumental. Doct. Berleme Nix, Rude, Danemark.
8. Traitement des polypes des fosses nasales; évulsion — galvano-cautrisation. Doct. Fauvel, Paris (Combin. otol.-laryngol.)
9. La voix de chant; a. Son éducation méthodique; Doct. Bosworth, New-York; b. Photographie du larynx comme moyen auxiliaire. Doct. Lennox Browne, Londres.
10. Les affections syphilitiques du larynx, leur forme et leur fréquence. Prof. Lewin, Berlin.

B. — Communications annoncées

1. Doct. J. Garrel, Lyon. Mannequin pour les exercices laryngoscopiques.
2. Doct. French, Brooklyn. Photografie du larynx.
3. Doct. Bayer, Bruxelles. Accumulateur et galvanocaustie.
4. Doct. Moure, Bordeaux. De l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée.

II. — SECTION D'OTOLOGIE

Comité d organisation :

MM. Vilhelm Meyer, président; Doct. V. Bremer, secrétaire; Doct. V. Lange, Doct. Mathiassen, Doct. Setterblad (Stockholm), Doct. Thaulow (Christiania), membres.

A. — Communications prévues

1. Les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement. Doct. E. Woakes, Londres; Doct. Ladreit de Lacharrière, Paris; Prof. Lucae, Berlin
2. La dissection de l'organe de l'ouïe à l'égard spécial de ses altérations pathologiques. Prof. Voltolini, Breslau; Doct. Kirk-Duncanson, Edinburgh.
3. Maladies nerveuses de l'oreille. Doct. O. B. Bull, Chistiania.
4. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne (Combin. otol.-laryngol.) a. Pathologie. Doct. M. Bresgen, Frankfurt a. M. b. Traitement. Doct. Guye, Amsterdam.
5. L'ouverture opérative de l'apophyse mastoïdienne. Prof. Schwartze, Halle.
6. Diagnostic des complications intra-craniennes de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne. Doct. Albert Robin, Paris; Doct. Orne-Green, Boston.
7 L'importance des maladies de l'oreille quand à l'aptitude au service militaire. Doct. Victor Bremer, Copenhague.
8. Le traitement des polypes des fosses nasales. Évulsion — Galvanocautérisation (Combin. otol.-laryngol.) Doct. Fauvel, Paris.
9. L'importance de l'otologie pour l'éducation médicale générale. Prof. Wreden, St-Pétersbourg.

B. — Communications annoncées

Prof. Lucae, Berlin. Le traitement mécanique des altérations de l'appareil de transmission des ondes sonores sans l'emploi de la douche d'air.

Doct. Giampietro, Naples. 1. La ténotomie du tenseur du tympan et son importance quant au traitement de la surdité.
2. La surdi-mutité au point de vue médical.

Doct. L. W. Salomonsen, Copenhague. Remarques sur l'étiologie de la surdimutité et sur l' enseignement des sourds-muets, principalement en Danemark.

LIBRI VENUTI IN DONO

Grazzi Prof. V. — Storia della penetrazione nella laringe di una moneta di due centesimi, estratta dopo 43 giorni per le vie naturali. Firenze, 1884.

Baldomero Gonzalez Alvarez — Estudio sobre los flujos de los oidos en los ninos. Madrid, 1884.

Lefferts Dott. G. — Chronic Nasal Catarrh. New York, 1884.

De Dominicis Dott. N. — La febbre da fogne ovvero la febbre Napoletana. Napoli, 1883.

Ruggi Prof. G. — Forbici emostatiche Ruggi. Bologna, 1884.

Schaeffer Dott. Max. — Ein Beitrag zur Frage über die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (recurrens). Bremen, 1884.

» — Nasenleiden und Reflexneurosen. Bremen, 1884.

Strümpell — Trattato di Patologia speciale medica e Terapia. Traduzione del Dott. A. Scambelluri, con note dei Professori Paolucci e Massei. Vol. I, fasc. 4; e Vol. II, fasc. 5. Casa F. Vallardi.

Castorani Prof. R. — Memoria sulla cura dello scollamento della retina (Iridectomia). Estratto dal Resoconto della R. Acc. Medico-Chir. di Napoli, 1884.

Romanelli Dott. L. — L' Ospedale di S. Eligio in occasione del disastro dell' isola d' Ischia — 28 luglio 1883 — Relazione. Napoli, 1884.

Petrone Prof. A. — Sul processo rigeneratore nel pulmone, nel fegato e nel rene. — 1.° Pulmone — Napoli, 1884.

Cozzolino Prof. V. — Sui tumori maligni delle tonsille. Napoli, 1884.

Dryson Delavan Practical suggestions upon the alimentation of patients suffering from disphagia. New-York, 1884.

Di Lorenzo Prof. G. Note cliniche di Dermo-Sifilopatia — Napoli 1884.

Duhourcau - Cauterets, ses eaux minérales et leurs effets curatifs. Paris, 1882.

Mac — Cormac — Pescione — Chirurgia antisettica. Napoli, 1884.

Resoconto delle Adunanze e dei lavori della Reale Accademia Medico Chirurgica di Napoli (fondata nel 1818). Relazione del Segretario Prof. Dott. Francesco Vizioli. (Gennajo, Febbraio e Marzo 1884).

De Renzi Prof. E. — Studii di Clinica Medica praticati durante l'anno scolastico 1883 84 — Discorso di chiusura alle lezioni — Anno XVI. Napoli, 1884.

Moeller — Terapia delle malattie dell' apparecchio respiratorio, colle inalazioni medicamentose ed aeroterapia. Fascicoli 5 e 6 (fine). Traduzione del Dott. A. Fasano. Napoli, 1884.

Acunzo F. e Pasca W. — Intorno alla essenza di China-China Lavorgna. Recentiora. Napoli, Maggio del 1884.

Maturi Prof. R. — Medicina preistorica. Napoli, 1884.

La Redazione ringrazia cordialmente gli egregi colleghi che vollero inviare in dono i loro pregevoli lavori.

Per coloro ai quali non abbiamo mandato ricevo, valga il presente annunzio come quietanza :

Dottor Giuseppe de Angelo. Venezia — Anno 4.°
Dottor E. W. Eeman. Gand. — Anno 1°, 2°, 3° e 4°

Ricordiamo ai *morosi* il pagamento della quota scaduta, e preghiamo i *solerti* di voler presto inviare il prezzo di abbonamento all'anno quarto.

PARTE ORIGINALE

Sui neoplasmi laringei.

STUDII E CASUISTICA

DEL PROF. FERDINANDO MASSEI

Sin dal Novembre 1877 io cominciai nel « Nuovo giornale Internazionale delle scienze mediche » la pubblicazione di un articolo che portava lo stesso titolo del presente, e che sebbene avessi continuato nell'altro periodico « La scuola medica Napoletana » pure per circostanze indipendenti dalla mia volontà non fu completato. Il desiderio di concretare il frutto della mia esperienza, e l'aumento dei casi, mi hanno deciso a rifare, arricchire d' illustrazioni e ripresentare al pubblico medico codesto lavoro, augurandomi che le considerazioni che io vado a svolgere possano riuscire utili, tanto ai cultori speciali di Laringoiatria, quanto ai medici generici.

I.

I neoplasmi laringei, considerati in ispecie dal punto di vista anatomo-patologico e terapeutico, occupano tra le laringopatie un posto segnalato. La complicata e varia struttura istologica, gli svariati fenomeni che risvegliano in funzioni tanto vitali, la latenza di questi, altre fiate, giustificano abbastanza perchè malgrado dotti lavori sul proposito, non sia superfluo il continuare questi studii, e perchè io voglia una seconda volta ritentarne la prova.

Non è mia pretensione venire a diradar tenebre, ma apportare un modesto contributo a codesta patologia, la quale non è molto ricca di osservazioni fatte in Italia. Dopo il classico libro di Mackenzie (*Essay*

on Growths in the larynx, Londra 1871), l' altro assai interessante di Labus (*Casuistica di tumori laringei*, Milano 1873), e l' ultimo più recente di Fauvel (*Traité pratique des maladies du larynx, precédé d'un traité complete de laryngoscopie*, Parigi 1876) nel quale sono raccolte meglio che 300 osservazioni del genere, uno studio identico potrebbe sembrare audacia; ma ad onta del lavoro di Labus, e di qualche altro pregevolissimo dovuto pure ad Italiani, noi restiamo tuttora soccombenti. Il laringoscopio, che ebbe sua culla in Germania, fu ben presto divulgato nella pratica in Francia ed in Inghilterra, ove Czermak di persona si recava a farne intendere le applicazioni; onde la laringoscopia crebbe e si accreditò in tutt' altro suolo di quello che le avea dato i natali. Non fa meraviglia se l'Italia rimase interamente dimenticata. Ma non per questo gl' Italiani non seguirono i progressi della scienza; parecchi di noi non isdegnarono recarsi in terra straniera a raccogliere quanto di nuovo ed importante avea rinvenuto in questo ramo della interna patologia il laringoscopio. È tempo che noi rendessimo conto dei nostri studii e del nostro lavoro; è tempo che senza ripetere le opinioni altrui, avessimo convinzioni proprie.

Ritornerò, ciò detto, a studiare i tumori della laringe da un punto di vista pratico; quello istologico, e quello clinico-terapeutico. Così anche i più ostinati detrattori potranno convincersi che la patologia e la cura dei tumori laringei sono due fulgidissime gemme della scienza e dell' arte laringojatrica.

II.

I neoplasmi laringei, altrimenti detti polipi della laringe, malamente designati col nome di vegetazioni laringee, debbono essere antichi quanto l' uomo, non altrimenti di tutti gli altri processi cronici di carattere comune svolti nello stesso organo od in altri dell' economia, processi che riconoscono cagioni intime, bio-istologiche, e non agenti infettivi originati dai profondi cangiamenti igienici, metamorfosi inevitabili della evoluzione sociale. Però se logicamente può argomentarsi questo della possibilità che tumori laringei abbiano coesistito con l'uomo, non può ripetersi lo stesso della loro storia patologica, e sebbene rari casi siano menzionati da epoca remota, non è a revocarsi in dubbio che la più esatta e veridica relazione è quella che coincide con l' era laringoscopica.

Koderik nel 1750, Lieutaud nel 1820, Albers e Brauers nel 1833, Regnoli nel 1836, Ryland nel 1837, Ehrmann nel 1850, Rokitansky nel 1851, Green nel 1852, Buck nel 1853, Middel-

dorpf nel 1854, Prat nel 1859 (1), dettero relazione di parecchi casi operati e pubblicati, ma non ve ne sono che nove soltanto nei quali si tentò di rimuovere il tumore vita durante, o con la laringo-tracheotomia, ovvero per le vie naturali, senza aiuto di specchio laringeo, perchè il neoplasma era tanto sviluppato da sporgere nella faringe. Inoltre, in varii casi era quistione di tumori carcinomatosi, nè mai si trova qualche accenno a quel genere di polipi che sono oggidì nella osservazione di tutti.

Noi dobbiamo dunque distinguere a buon dritto un periodo *pre-laringoscopico* da un altro *moderno*, che rischiara di viva luce così importante soggetto. Onde vediamo che a Czermak pure, cui la pratica deve la introduzione del laringoscopio, fu concesso per il primo l'onore di riconoscere un tumore nella laringe mercè lo specchio laringeo.

III.

A partire da questo punto le osservazioni si moltiplicarono di giorno in giorno, e così nel libro di Mackenzie, che per data ed autorità merita il primato, sono, in analoghi quadri, registrati 189 casi, i quali si riferiscono al lavoro collettivo di 63 pratici, tra i quali figurano due soli Italiani, cioè una volta il Venturini e due il Gentile (2).

Vi sono in questo stupendo lavoro 150 casi occorsi all'autore, e di soli 100 che furono operati da lui medesimo, Mackenzie riferisce le relative storie.

Oggi, fortunatamente, in Italia oltre a Gentile e Venturini, possiamo menzionare con orgoglio il nome di Carlo Labus di Mi-

(1) Io ho fatto a meno di citare dettagliatamente i singoli lavori ed ogni sorta di pubblicazione di medici così valorosi, perchè non avrei dovuto fare altro che tradurre letteralmente tutto quanto ne ha riferito Mackenzie, ciò che significherebbe davvero poco rispetto verso il maestro e l'amico.

Dietro sua richiesta, sono io che gli fornii pochi schiarimenti intorno al caso di Regnoli, ed egli ebbe la cortesia di ricordare in una nota, col mio povero nome, questo lieve servizio, cosa di cui gli rendo ora pubbliche grazie. Il lettore potrà dunque, volendolo, consultare il citato libro per trovare pure sufficienti menzioni intorno alle opere di Albers, Ryland, Ehrmann, Rokitansky, Green, Burk e Middeldorpf, che sono le più complete e le più interessanti.

(2) Interrogato sul proposito molti anni dietro da Mackenzie, gli riferii le poche osservazioni pubblicate in Italia; e nel 1871, si noti bene, questi tre soli casi erano denunziati. Forse ve n'erano altri, ma sapevo soltanto che Labus ed io (vedi appresso) ne raccoglievamo; ora, poichè la statistica dell'autore inglese non accettava che le osservazioni messe in luce dalla stampa, noi non potemmo figurare nella lista. — L'ordine che io serbo è quindi sempre riferibile alla data della pubblicazione.

lano, laringoscopista ed operatore abilissimo, il quale in due importanti pubblicazioni (1) riferisce 21 caso da lui osservati e curati sin dal 1871, sebbene altri sparsi egli abbia reso di pubblica ragione nei varii periodici scientifici, e da particolari informazioni io sappia che al presente codesta cifra è molto inferiore a quella che egli vanta.

Mi è grato ricordare che la schiera dei laringoscopisti e dei chirurgi Italiani, la quale conta colti ed operosi giovani, continua ad apportare giornalmente novello tributo a questa parte della chirurgia laringoscopica, e cito alla rinfusa Grazzi di Firenze, Masucci di Napoli, Margary e Novaro di Torino, Durante e Zawerthal di Roma, Cervesato di Padova, Ruggi di Bologna, Caselli e Masini di Genova, Fasano, Morra e Cozzolino di Napoli.

Malgrado ciò, le statistiche non offrono ancora cifre rilevanti, e perciò mi sono deciso a raccogliere le disperse osservazioni che pubblicai nei periodici medici, raggrupparle alle altre posteriori, ed illustrarle con quei criterii che una esperienza piuttosto lunga mi ha suggerito.

IV.

Da questi brevi cenni storici si può trarre un corollario clinico di non poco interesse per ciò che riguarda *frequenza* dei neoplasmi laringei di fronte alle altre malattie dello stesso organo.

Ora, egli è successo che dopo la invenzione del laringoscopio si è gridato ad una straordinaria ricorrenza, infondata però, dei tumori della laringe; fatto che resta spiegato dalla facilità della diretta esplorazione. Se non che gli è il confronto quello che ci fa d'uopo, e sopra cui bisogna fondarsi. Krishaber nel suo articolo «*Laringe*» nel *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, dice che i polipi della laringe stanno alle altre malattie dello stesso organo appena come il 2 o 3 per 100, e secondo Durham in una proporzione anche più bassa. Mackenzie afferma di non poter precisare codesto parallelo, e soltanto dietro dati approssimativi stabilisce la proporzione dell'1 $^1/_2$ per 100. Se io, per conto proprio volessi mettere i casi dei quali discorrerò, in rapporto con le altre malattie croniche della laringe da me stesso osservate, devo francamente confessare che si supererebbe il 5 per 100.

Cosiffatte oscillazioni, nonchè l'impossibilità di una statistica esatta, si spiegano ponendo mente alle seguenti cose:

1. alle osservazioni fatte in paesi diversi, nei quali, cioè, la fede

(1) Casuistica di tumori laringei, 1873 (op. cit.); Operazioni laringoscopiche, 1874.

per la laringoscopia non è la stessa. Presso di noi, in vero, allo specialista si ricorra solamente quando si soffre molto, ovvero si sono già salite inutilmente le scale dei policlinici;

2. al grado di civiltà dei popoli, ed è provato che i meno diligenti sono appunto gli infermi più incolti;

3. alla possibilità che gli scarsi dissesti funzionali provocati dalla malattia siano discretamente tollerati dai pazienti;

4. ovvero, per contrario, alla premura che taluni hanno di denunziare i più lievi fatti, ciò che elevando la cifra delle affezioni croniche in genere, fa ribassare quella relativa ai neoplasmi.

Una sola cosa, però, resta verissima dopo tutto questo, ed è che i tumori laringei oggidì sono nella comune osservazione, e chiunque coltiva laringoscopia possiede oramai un contingente di relativi casi, che per quanto limitato, supera sempre quello che si è potuto raccogliere negli Ospedali e fuori di questi, nel periodo pre-laringoscopico.

V.

Un' altra questione di grande interesse scientifico è quella relativa alla classifica dei tumori laringei, sul quale argomento non si è tutti d' accordo e si devia sovente in denominazioni equivoche od incomplete. Codesta classifica, sintesi di studii clinici ed istologici in accordo tra loro, equivale alla dimanda: quali sono i tumori sin' oggi riscontrati nella laringe?

Mackenzie risponde con una lunga lista la quale comprende: papillomi, polipi epiteliali benigni, fibromi, tumori fibro-cellulari, mixomi, lipomi, sarcomi fascicolati, cisti, adenomi, angiomi, tumori composti, osteomi, encondromi. E questa, dopo avere scartato, per ragioni sulle quali or ora ritorneremo, i carcinomi, ed a titolo giustissimo (come ognuno di leggieri comprende) le escrescenze, cioè quelle vegetazioni connettivali che non di rado restano nella cavità della laringe, dopo che han preceduto processi ulceranti della mucosa, più o meno estesi, più o meno profondi.

Krishaber semplifica le cose: egli non ammette che *polipi* e *tumori*. Comprende tra i polipi: i fibrosi, i papillari, i glandolari, i mucosi ed i misti; e tra i tumori: gli ossei ed i cartilaginei, i quali, secondo lui, vanno in una rubrica a parte, separati dal cancro.

Anche Mandl nel suo « *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, Parigi 1872 » segue presso a poco la stessa divisione.

Confesso francamente di non intendere perchè questi due ultimi ed esimii scrittori, si ostinino a designare col nome di *polipi* il fibroma, il papilloma, il mixoma ecc., e con quello di *tumori* l' encondroma e l' osteoma soltanto. La voce *polipo*, che è una espressione figurata, invocata a proposito di certuni tra i neoplasmi laringei, rigettata per

altri, desta confusione; onde sarebbe prudente avviso il cancellarla e sostituire l'altra più scientifica e generica di *neoplasma*, con la quale intendiamo, come pur troppo è risaputo, tutte le nuove formazioni, da qualsiasi tessuto originate, di qualunque forma e volume.

Nè sappiamo spiegarci perchè alla sua volta Mackenzie, il quale è gloria della laringojatria, escluda dalla sua classifica, per cagion di gravezza, i carcinomi, precisamente come ha fatto Fauvel nel suo citato lavoro. Non vale il dire che più volentieri il cancro della laringe è secondario, giacchè non solo le eccezioni non mancano, ma a tutti sono occorsi esempii concludentissimi; e forse l'indole triste del neoplasma non si rivelò che in secondo tempo, mentre in principio le parvenze erano quelle di un semplice papilloma.

Ora supposto che il clinico dovesse modificare la sua diagnosi, non sarebbe ridicolo il dire: questo infermo affetto da polipo laringeo, soffre invece di un tumore? Ecco un linguaggio, per lo meno mistico, che molti non intenderebbero affatto, o pochi intenderebbero a grande stento.

Malgrado la lunga enumerazione delle varie specie di neoplasmi laringei osservati da Mackenzie, Burow vi aggiunse i tumori amiloidei, confusi per lo passato con i fibroidi.

Esistono altre varietà? Certo che se non si può in termini assoluti dire di no, neppure è a credere che ciò sia molto probabile; perocchè avendo avuto la laringojatria vita e battesimo scientifico in una epoca nella quale la istologia era già molto avanti, non un caso sfuggì a diligenti ricerche. Possiamo dire adunque che questi menzionati, sono i neoplasmi più comuni a vedersi nella laringe, e se qualcuno ancor ne resta, lo sapremo col tempo o lo sapranno i nostri nipoti.

VI.

Le varie forme di neoplasmi possibili nella laringe, quelle appunto che già enumerammo, subiscono numerose modificazioni per ciò che riguarda struttura, configurazione, modo come s'impiantano; onde è necessario precisarne le *note anatomiche*, facendo tesoro delle numerose osservazioni altrui, e di quelle non scarse che possediamo.

Papillomi. — Per risparmiare al lettore una noia male a proposito, non riprodurremo tutto quanto è risaputo intorno alla struttura dei papillomi in genere. Chi ne ha vaghezza, potrà riscontrare i molti trattati generali e quelli speciali da noi citati. I papillomi laringei per vero, non differiscono positivamente dalle neoplasie papillari tanto comuni in altre regioni del corpo. Risultano da ipertrofia delle papille normali preesistenti, ovvero possono essere nuove formazioni del tutto. Così Paget, Mackenzie, Mandl, Tobold, Krishaber, Bruns ecc. La loro sostanza fondamentale è rappresentata da tessuto congiuntivo,

il quale si continua con quello che normalmente esiste nella regione; la superficie libera è coverta da strati epiteliali, i quali variano per numero, e perciò stesso fanno variare lo spessore di questo rivestimento. Vasi e nervi penetrano nelle papille. In virtù di questa loro struttura, taluni autori (Rokitansky e Virchow in testa a tutti), classificano questi neoplasmi tra i fibromi, ed altri li confondono con gli epiteliomi.

Ora è cosa generalmente accettata che nei papillomi si riscontra tessuto connettivo, come anche che lo sviluppo di papille, là ove fisiologicamente non esistono, si debba a sua volta ripetere da modificazione del tessuto congiuntivo (1); ma è pur vero che i caratteri clinici ed istologici li debbono differenziare dai fibromi, i quali hanno sviluppo meno rapido, recidivano di rado, non sono caduchi e sono circoscritti, proprio il contrario di ciò che succede pei papillomi. Aggiungasi a tutto ciò, che il tessuto connettivale può abbondare, laonde i papillomi diventano durissimi e si dura fatica ad estirparli.

Il microscopio conferma la maggiore o minore quantità di fibre connettive, come più volte assai gentilmente mi riferì l' ottimo amico e chiarissimo professore A. Fienga, di molti papillomi che mi permisi inviargli per lo studio.

Un altro punto interessante per la patogenesi è la recente scoverta di Coyne (2), il quale in una eccellente tesi afferma di aver constatato sul bordo libero delle corde vocali la presenza di papille vascolari e probabilmente nervose, più marcate nella metà anteriore; cosicchè i papillomi della laringe non sarebbero più produzioni *eterotopiche*.

I papillomi debbono differenziarsi altresì dai neoplasmi epiteliali benigni e dagli epiteliomi.

Per tumori epiteliali benigni, così come li denomina Mackenzie, debbonsi intendere quei rari neoplasmi laringei i quali risultano semplicemente da strati epiteliali senza contenere papille, e che si distinguono da ogni altra neoplasia, quasi sempre fornita di rivestimento epiteliale, perchè le cellule, in quest' ultimo caso, non rappresentano se non la semplice ipertrofia del normale epitelio.

Dall' epitelioma il papilloma laringeo si differenzia istologicamente, perchè nel primo anche le papille sono infiltrate e degenerate nella comune struttura delle cellule epiteliali cancerigne, non già i vasi

(1) Virchow intorno al modo di sviluppo delle papille, dice: «.... i tessuti superficiali originano per esuberanza una certa massa, la quale, per regola, in principio appare come una rilevatezza piccola e piana della superficie libera, ovvero come un piccolo bottone rotondo ».

(2) *Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx et sur l'anatomie pathologique des complications de la rougeole.* Parigi 1874.

sanguigni (**P a g e t**). Lo stesso autore sostiene che anche la mucosa è infiltrata, mentre **M a c k e n z i e** assicura che neppure questi sono caratteri sufficienti, e soltanto « i globuli epidermici di **L e b e r t** o le capsule laminate di **P a g e t** » potrebbero fornire un carattere differenziale.

Ciò è tanto vero, che in due casi io restai nel dubbio. Li riferisco perchè sono molto istruttivi (1):

Osservazione i. — Il professore G. Ria, mi dirigeva, il 21 Aprile 1874, il Sig. Carlo Colucci di Martina, padre di due amici e colleghi miei, i dottori G. e N. Colucci. L' infermo, in sui 66 anni, di atletico sviluppo, sofferente diabete da lungo tempo, erasi accorto di una raucedine che perdurava ostinatamente. Mancava ogni sintoma di laringostenosi. L' esplorazione laringoscopica mostrò che la corda vocale destra era sede di un neoplasma, di forma irregolare, di aspetto fibroso, di colore rosso-pallido, bianchiccio in alcuni punti ove si elevava di tanto da raggiungere la falsa corda omonima. Verso il terzo anteriore appariva globoso; diffuso per la rimanente lunghezza così da rassomigliare a piccole vegetazioni, dure al sondaggio (v. fig. 1).

Si decide e si accetta l' asportazione per le vie naturali: si alterna con qualche applicazione elettro-termica.

Una parte considerevole del tumore vien tolta con le ordinarie pinzette, ma ciò malgrado non si nota immegliamento, perchè si lotta con la riproduzione. Fatti esaminare varii pezzetti di tumore da espertissimi micrografi, si seppe che vi si rinvenivano « molti strati epiteliali » e niente altro di rilevante. Il quesito restava insoluto. Chiamai allora in consulto i Prof. V e r n i e c h i e d' A m b r o s i o, i quali lungi dall' ammettere con certezza l' epitelioma, elevarono dei semplici sospetti. A scopo sperimentale si decise di sospendere il trattamento.



Fig. 1.

Il 29 Luglio 1874, rividi l' infermo; era afono. La cavità laringea era normale per capacità e colorito; leggermente rossa la corda sinistra. Sulla destra, verso l' attacco posteriore, non avea avuto luogo riproduzione, la quale invece era avvenuta dal terzo medio sino all' angolo di commessura, ove esiste un nucleo rosso-pallido, irregolarmente rotondo, della grandezza di un grano d' uva. La superfice è leggermente granulosa (come fragola); indietro ed al di sotto dello stesso vi ha un altro nucleo più piccolo; la corda vocale, così, non è visibile. Non v' è dolore, ma laringostenosi; soltanto tosse ed a-

(1) Seguirò lo stesso metodo, sempre che in comprova delle mie asserzioni crederò utile invocare i fatti. In tal guisa mi risparmierò la relazione dei casi simili, ciò che finirebbe per stancare il lettore. Ma non mancherò alla promessa, e poichè ho parlato di *casuistica*, riordinerò in un quadro tutti i casi, alla fine del lavoro.

fonia, la quale resta spiegata per lo spazio che rimane nella porzione respiratoria del glottide, grazie alla prominenza del nucleo principale.

Veggo per la terza volta il paziente nel 23 Novembre 1875, cioè 19 mesi dopo la prima osservazione.

Egli è andato incontro a sintomi di grave e progressiva laringostenosi, tali da metterlo quasi in fin di vita. La dispnea si congiunse a disfagia ed espettorato sanguigno-purulento, fetido. Dopo è subentrata una notevole calma. Al laringoscopio, le prime vegetazioni compaiono avvizzite; al di sotto della epiglottide si notano due piccole tuberosità. Edema considerevole dell' aritenoide destra, per limitata ulcerazione del neoplasma in quelle adjacenze, specialmente sul margine libero della corda superiore, alla quale si è diffuso. Colorito delle parti buono. Un ganglio sotto-mascellare ingorgato.

A partire da quest' epoca, hanno avuto luogo altre fasi analoghe a queste, e nelle quali il fatto più saliente è sempre la dispnea per laringostenosi. Ma la scena tumultuaria non tarda a domarsi; rimane afonia e lieve affanno. Il diabete scompare e ricompare; così dopo alcuni altri mesi, l'infermo uscì di vita, più per fatti di generale intossicazione, che per conseguenza meccanica della lesione laringea.

In presenza di un decorso così lungo e bizzarro, il dubbio sulla diagnosi, per nulla diradato dal microscopio, era più che giusto, sino alla fase ulcerante e l' esito finale che affermano il cancroide. L' assenza di ulcerazione in principio ed il lungo decorso (4 anni e forse più) militano per un papilloma semplice; ma l' edema, effetto di ulcerazioni che ogni tanto si succedono, la resistenza alla cura, i ganglii ingorgati, la morte per infezione, non ammettono discussione, oggi, a fatto compiuto. Si può pensare ad una forma superficiale che procedeva a lenti passi, senza grave compromissione del sistema linfatico; ma da principio non si poteva essere recisi nel giudizio, specialmente poi quando ricordiamo che anche i tumori benigni della laringe, esposti al contatto dell' aria possono ulcerare, e che i papillomi sogliono, per un determinato periodo di tempo, ostinatamente recidivare. Ricordo nella Clinica del Prof. Schrötter di Vienna un paziente nel quale io, facendomi imporre dal grave processo ulcerante, diagnosticai un epitelioma; seppi dall' assistente Signor Karis che era stato invece ammesso un papilloma semplice. E sebbene l'ammalato era tenuto *in osservazione* (come si dice nei casi equivoci) e l' esito mi è ignoto, io ho voluto intercalare codesta citazione perchè se, ad onta della ulcerazione, quello era davvero un papilloma, non v' è oculatezza od esperienza che basti.

Uno dei più valorosi professori Napoletani, il Prof. Amabile, ha fatto giustamente osservare che la discrepanza dei risultamenti micrografici molte volte dipende dal mal vezzo, o dalla necessità di esaminare a brani le varie parti di una neoplasia; ma questa verità in-

concussa non è applicabile al papilloma sessile della laringe, pel quale la demolizione non è che obbligatoriamente parziale, e tale era il caso in discorso.

Da tutto ciò può conchiudersi, anche un pò troppo prematuramente, che la distinzione tra il papilloma e l'epitelioma della laringe, talune fiate *impossibile* al microscopio, è sempre *difficile*, e talora neppure i dati clinici sono sufficienti, pria che il decorso non sia tutto espletato.

Ed ora una dichiarazione al gentile lettore. Io mi sono fermato un pò troppo, ma ad arte, su codesta pregiudiziale, perchè per pratica ho visto che più volte è cagione di litigio. Sissignore, è un epitelioma: — nossignore, è un papilloma: *noli me tangere*! grida uno, e l'altro predica distruzione, asportazione, cauterizzazione.... E dopo una lotta corpo a corpo, non sempre sostenuta entro i limiti scientifici, fomentata da due reperti istologici di carattere contraditorio, ottenuti da uomini competentissimi, l'esito finale viene in ultimo a smentire l'uno o l'altro pugilatore!

Allora non v'è pietà che tenga; a colui cui non arrise la sorta, si scaglian pietre contro, come ad un mariuolo, dimenticando che molte volte l'apparenza inganna, e quest'apparenza in medicina implica le complicanze, le accidentalità, i fenomeni collaterali, roba che si affoga, quando si vuole ragione ad ogni costo. Per mostrare con quanto fondamento io abbia parlato, vò riprodurre un'altra storia di dubbia diagnosi, chiarita forse in parte nell'ultima fase del morbo:

Osservazione II. — Nell'anno 1875, il notajo Sig. Giannone, uomo robusto in sui 66 anni, venne da Salerno a consultarmi, e lo giudicai affetto da tumore laringeo. Lo rividi il 3 Settembre 1876 più rauco di prima, e confermando la già fatta diagnosi, mi accorsi pure che il neoplasma era molto cresciuto ed induceva gravi fenomeni di laringostenosi. Ricercando attentamente nell'anamnesi si trovava una remota tendenza ai catarri laringei, e da ben 5 anni indietro la origine del neoplasma. Il quale appariva come una massa simile a cavolifiore, più pronunziata a sinistra ove si elevava sin oltre la falsa corda (v. fig. 2).— Tutto portava a credere che il punto d'impianto fosse sulle corde e si trattasse di papilloma, vista l'assenza di ogni ingorgo glandolare, il lungo decorso, la mancanza di ulcerazione e via, via. Nello scopo di assicurarmi una ritirata, perchè messo in guardia dalla esperienza contro la possibilità di un errore, riservatamente dissi che quello poteva essere anche un epitelioma. Destato l'allarme in famiglia, allarme accreditato dal parere del Prof. d'Ambrosio, fu convocato un consulto insieme ai Professori Gallozzi, Amabile e Vernicchi. E poichè in quel momento la stenosi era grave, la discussione sul tumore (che in massima si ritenne un papilloma) rimase subordinata a quella tera-



Fig. 2

peutica, compendiata nell'appoggiare in tutto e per tutto l'idea da me espressa della demolizione per le vie naturali. Il mio compito era difficile, in quanto io assumeva la responsabilità di tentare, in così gravi condizioni, una operazione per le vie naturali, affine di schivare possibilmente la tracheotomia; ma debbo dire che in principio fui soddisfatto per aver raggiunto, senza niun contrattempo, un notevole immegliamento nella respirazione e nella fonazione, dietro asportazione di grosse masse con le ordinarie pinzette.

I brani del tumore, esaminati minutamente al microscopio da due distinti giovani, dissero trattarsi per uno, certamente di papilloma, per un altro, di epitelioma.

Malauguratamente il neoplasma si riproduceva. Cauterizzai con la elettro-termica il nucleo più interessante, nè vi fu reazione di sorta; cosa che constatò pure, 21 giorno dopo, il chiarissimo Prof. Amabile da me novellamente invitato a consulto per la persistente stenosi. Però la sera di quello stesso giorno (1° Novembre 1876) l'infermo morì, quasi istantaneamente, senza che si fosse in tempo per la tracheotomia. Io avea constatato, la mattina, presenza di essudato cruppale nella cavità.

Non credo che l'esito letale in questo caso possa dire recisamente che trattavasi di epitelioma, ma neppure mi basta l'animo di sostenere che non fosse così, malgrado l'assenza di varii caratteri proprii del cancroide.

A voler giudicare senza alcuna prevenzione, dobbiamo mantenerci in una giusta riserva e ritenere, come diceva avanti, che in alcune contingenze nè il microscopio, ne la clinica sanno dirci se si ha a fare con un papilloma od un epitelioma.

Un' altra comprova di questa oscurità noi rinveniamo in talune asserzioni del Sangalli, uno dei più rinomati anatomo-patologi Italiani, il quale insegna doversi ritenere unicamente per epiteliomi tutti quei tumori della laringe battezzati col nome di papillomi (1). Per vero il dotto uomo osserva che questi ultimi sono «nuovi termini inopportuni a dinotare particolarità non essenziali di tumori . . . . . forme che adescano intorno alla benignità del significato patologico». Ora se questo giudizio può accrescere credito alla tesi che sto sostenendo, non dev' essere accettato per intero nella sua nuda verità. Nò, perchè i fatti ci ammaestrano che se sottili differenze istologiche separano il papilloma dall' epitelioma della laringe, quelle sono sempre due forme distinte le quali non hanno di comune, sintomatologicamente parlando, che la soffocazione per laringostenosi. Se il papilloma diffuso molto volontieri e molto ostinatamente recidiva, può nondimeno terminare con la completa scomparsa — io ne riferirò a proposito della cura esempii splendidi. Teniamoci dunque lontani da queste esagerazioni, le quali se per la patogenesi rappresentano un elemento di di-

(1) V. i Rendiconti del R. Istituto Lombardo. Vol. V. fasc. III.

scordia, per il trattamento diventano un canone pericoloso a seguirsi, scagliando l' anatema sulla cura locale per le vie naturali, cura ferace di risultamenti lusinghieri.

Ed ora due parole sui caratteri macroscopici, i quali rappresentano pure i segni obiettivi, tanto utili per riconoscere e distinguere sul vivo, un tumore dall' altro.

I papillomi laringei sono per lo più sessili, eccezionalmente peduncolati, sovente multipli, talora simmetrici.

Bisogna distinguere essenzialmente la forma *circoscritta* dalla *diffusa*, ciò che dal punto di vista terapeutico è il fatto culminante.

Il loro volume varia da un grano di canape a quello di una noce. Rivestono apparenze bizzarre; ora sono bernoccoluti, ora simili a cavolifiore, ora racemosi, foliacei, ora dentati, vermiformi; talvolta di aspetto granuloso più o meno compatto, tal' altra villosi. Più di rado sono ricoperti da un involucro che mentisce una superficie levigata; hanno colore rosa-pallida o biancastro, ma possono essere pure vivamente colorati in rosso, e presentare in certe parti dei punti oscuri o biancastri quando sono preda di processo necrosante.

La loro sede di predilezione è sulle corde vocali, e più verso il terzo anteriore. Crescono con una rapidità spaventevole, e certe fiate restano stazionarii: possono essere caduchi, ma hanno sempre grande tendenza a recidivare.

Sono i più frequenti fra tutti i neoplasmi laringei, e su questo dato si accordano gli autori, risultando concordemente ed evidentemente il fatto dalle più ricche statistiche. Anche la mia conferma questa verità, e poichè è utile cominciare a presentare *cifre*, mi è grato annunziare che questo mio rendiconto poggia sopra 200 osservazioni. Ebbene il papilloma, anche a voler scartare i casi dubii, vi figura 94 volte. Questa prevalenza noi non potremmo spiegarla in termini abbastanza esatti: nessuno lo ha tentato, io non me ne sento la voglia; ma la elezione di sede pel terzo anteriore delle cordi, ove Coyne riconobbe una regione papillare, invita a credere che il tessuto istesso rappresenti una predisposizione per questa forma che a buon dritto si può ritenere la più comune.

Epiteliomi.—Nel capitolo sulle neoformazioni della laringe Niemeyer ha scritto: « Lo *scirro* ed il *cancro midollare* si osservano rarissimi nella laringe, e quasi esclusivamente in quei casi in cui un cancro, che si è sviluppato dall' esofago o dal tessuto connettivo del collo, lussureggiando si spinge dal di fuori entro la laringe. Più frequente in quest' organo è il *cancro epiteliale* sotto forma di escrescenze bianche o bianco - rossigne, che tappezzano uniformemente la mucosa e distruggono spesso le cartilagini; oppure presentano un tumore isolato che restringe considerevolmente il lume della laringe ». Questa opinione dell' autore di uno dei migliori trattati di patologia

interna, segna proprio il confine tra le vecchie e le nuove teorie intorno alle laringopatie; poichè con l' aiuto del laringoscopio si venne a sapere che esistono casi ben determinati di epiteliomi primitivi della laringe.

Fauvel di fatti, mentre cita appena un caso registrato nel lavoro sulla tisi di Trousseau, nel periodo prelaringoscopico, un altro di Louis, ed un terzo di Barth (*Bulletin de la Société anatomique*, 1854), afferma che dopo la scoverta del laringoscopio « i carcinomi *primitivi* della laringe sono divenuti oggetto di numerose comunicazioni » e riporta 37 casi, 16 dei quali si riferiscono all' epitelioma.

Anzi quest' autore distingue i carcinomi laringei in: 1) *primitivi* (e nè riferisce 37 osservazioni, cioè 19 di encefaloide, 16 di epitelioma, 2 dubbie); 2) *misti*, cioè carcinomi laringo-faringei, quelli che si sviluppano a livello della regione inter-aritnoidea, che è una parete comune alla laringe ed alla faringe (e ne riferisce tre osservazioni, 1 encefaloide, 2 epiteliomi); 3) *consecutivi* od esofago-laringei (totale numero 4, 3 encefaloidi, 1 cancroide). La quale proporzione è non poco allarmante, anche quando si tenga conto di altri 300 casi di tumori laringei benigni osservati dal nostro autore, perchè fra 344 casi, 44 di tumori maligni, e di questi 37 esclusivamente primitivi, rappresentano un contingente assai forte (1).

Certo che se Mackenzie non avesse creduto opportuno escludere dalla sua ricca statistica tutti i casi di carcinoma, avremmo avuto agio di veder confermati questi dati, ed altrettanto avremmo rilevato se l'autore non avesse voluto egualmente sopprimere i casi di tumori maligni che potevano figurare insieme ai 189 riportati nell' appendice D del suo lavoro, e che si riferiscono al lavoro collettivo di 63 pratici (v. il § III).

Per conto nostro l'epitelioma laringeo fra i 200 casi vi figura 16 volte; e volendo seguire la seducente divisione del Fauvel, potremmo dire che 13 fiate era primitivo e 3 misto, o laringo-faringeo.

Gli epiteliomi della laringe, dal punto di vista *istologico*, reclamano speciale attenzione per la loro rassomiglianza ai papillomi, la regione in cui si sviluppano, ed il decorso che certe volte assumono.

Secondo Cornil e Ranvier risultano da cilindri di epitelio pavimentoso anastomizzati e disposti in mezzo ad uno stroma di natura

---

(1) Siccome nel § V abbiamo detto che il Fauvel esclude dalla sua classifica i carcinomi, teniamo ora a dichiarare più esattamente che egli tratta di questi separatamente dai polipi, intorno ai quali ha scritto:

« Nous reservons ce nom uniquement aux tumeurs du larynx n' ayant rien de commun avec la tuberculose, la syphilis et le cancer etc. ». Noi quindi non siamo in contraddizione e troviamo una ragione di più per sostenere quanto scrivemmo nello stesso paragrafo, a cui rimandiamo il lettore.

varia, quasi sempre fibroso. La varietà alla quale appartengono, è la così detta *tubulata* (Fauvel).

Per ciò che concerne punti di analogia con i papillomi, ripeteremo ancora una volta che si compendiano nel grande numero degli strati epiteliali (1); ma facendo bene attenzione si vedrà che anche le papille partecipano al processo; sono degenerate ed i soli vasi sanguigni rimangano incolumi. La stessa mucosa è infiltrata; vi si rinvengono oltreacciò i globuli epidermici di Lebert, o capsule laminate di Paget. Queste o quelli, secondo Mackenzie, rappresenterebbero il solo elemento differenziale, dappoichè può equivocarsi il vero aspetto delle papille quando sono infiltrate da semplici prodotti infiammatori, per cui l' apparenza viene alquanto a modificarsi. Su questo deve essere principalmente richiamata l'attenzione dei micrografi: quasi tutti i neoplasmi laringei sono rivestiti da strati epiteliali; questi abbondano nei papillomi e negli epiteliomi; sono l' unico elemento che si rinviene nei così detti polipi epiteliali benigni, laonde per emettere un giudizio esatto bisogna andare alla ricerca di altri elementi staminali.

Riguardo al punto di elezione, è pure l'anatomia minuta quella che c' illumina. Robin assicura che il cancroide affetta le mucose che sono sopratutto provviste di glandole e che la così detta *infiltrazione* ha luogo per la formazione di cellule epiteliali, che partendo dalla cavità della glandola ed atrofizzandone la parete, si diffondono nel tessuto circumambiente. Ora, è risaputo che la mucosa laringea è ricca di glandole a grappolo, che queste in ispecie esistono raggruppate nello spessore della epiglottide, sotto ed avanti la mucosa aritenoidea, nella parte posteriore, superiore ed esterna dei ventricoli, e secondo le belle ricerche di Coyne anche nello spessore delle corde vocali, cioè dopo l'epitelio, la membrana limitante ed uno strato sottile provvisto di elementi embrionali.

Queste nozioni anatomiche ricevono una indiretta conferma dalla patologia, giacchè l'epitelioma si osserva appunto più volentieri sull'epiglottide, le corde vocali, i ventricoli (epiteliomi primitivi), e sulle aritenoidi (epiteliomi misti del Fauvel). Io riscontrai il cancroide 7 volte sulle corde vocali; 6 nel ventricolo di Morgagni, 3 sul tratto meso-aritenoideo.

Relativamente al decorso, menzionerò la fase ulcerante e la lunga durata.

---

(1) Per questa ragione abbiamo voluto studiare immediatamente dopo i papillomi, gli epiteliomi: il lettore vorrà quindi condonarci l'ordine serbato, il quale se non è ammirevole dal lato clinico, presenta qualche vantaggio per lo studio istologico, del quale ci occupiamo al presente.

La tendenza all' ulcerazione può dirsi costante nel cancroide, quanto è rara nell' encefaloide; essa si spiega perchè in seguito all' atrofia; del tessuto infiltrato i prodotti morbosi, nei quali l'epitelio abbonda, si fanno friabili ed il tessuto rapidamente esfolia. D'altronde potendo l' infiltrato essere superficiale e mostrarsi a piccoli focolai là ove sono disseminate le glandole racemose, si capisce perchè questa specie di tumore assume talune volte uno sviluppo lento. Mi gode l'animo nel riferire che Fauvel ha emesso, sul proposito, opinioni consimili, almeno quando afferma che la durata nei casi di epitelioma, allorchè non si pratica la tracheotomia, è in media di due anni, e di quattro quando viene fatta la operazione: questo decorso non si può dir breve se per poco si richiami alla mente quello che Lebert asserisce, cioè che il carcinoma degli organi interni ha durata meno lunga di quello esterno; per i reni, il fegato, le ovaje, la vescica, il tratto digerente e respiratorio, l'utero, la durata media non oltrepassa i 28 mesi.

L' epitelioma laringeo, per aspetto, rassomiglia al papilloma ed al mixoma, sebbene sia più consistente e più rugoso di quest' ultimo. Assai di rado è provvisto di peduncolo, ed anche quando questo esiste, è tanto largo che appena, appena si riconosce. La superficie è ineguale; il neoplasma cammina nel suo sviluppo a mo' di piccole vegetazioni papillari, di colore roseo, abbastanza fosco. Tutto ciò finchè il tumore non ulcera, cosa che, come dicemmo, può accadere assai tardi, per punti limitati e superficiale estensione in favorevoli circostanze. Le parti colpite dall' ulcerazione si coprono di pus e di mucosità, le quali aderiscono tenacemente; ma poichè l' ulcera finisce per distruggere il tessuto neoformato, può darsi che l' anatomico non abbia a vedere che una superficie ulcerante, la vera indole della quale non è riconosciuta che più tardi, dopo un esame accuratissimo.

La ulcerazione ha aspetto grigiastro; scuro talora per piccole emorragie della superficie; vi ha una infiltrazione edematosa collaterale, più o meno dura, marcata ed estesa. Quando s' approfonda, le cartilagini sono interessate, ed allora, specialmente se il tumore si annida nei ventricoli, senza sporgere molto a livello del glottide, la scena della condrite e pericondrite, coi suoi esiti in ascesso, suppurazione e necrosi domina tutto. Due volte, tra i 16 casi citati, io non ho potuto fare che tardi la diagnosi precisa. In uno, certo Gallucci, cuoco nei Pellegrini, la laringostenosi reclamò la tracheotomia, e si credeva che si trattasse di pericondrite tiroidea primaria; non fu che dopo, quando la neoplasia si svolse entro il canale esofageo provocando grave disfagia, che io potetti affermare l' epitelioma. Nell'altro, il Sig. Cons. Cav. Giordano, la fuoriuscita di un pezzetto del tumore venne assai opportunamente a diradare l' inganno, al quale molto contribuiva un esame laringoscopico dei più imperfetti.

Viceversa, se l'ulcera resta superficiale e circoscritta, dopo aver di-

strutto parzialmente il neoplasma, senza suscitare gravi fenomeni collaterali, il processo può arrestarsi e seguire una euforia ingannatrice, molto lontana dall' essere la definitiva guarigione.

È appena necessario aggiungere che la recidiva, sin dopo la parziale asportazione, è una nota caratteristica dell' epitelioma.

Polipi epiteliali benigni. — Abbiamo già visto come in due varietà di tumori laringei (papillomi ed epiteliomi) vi sia predominio di strati di cellule epiteliali, e quanto sia difficile differenziare fra loro le due forme. Ora è mestieri aggiungere che Cornil e Mackenzie hanno osservato, provvenienti dalla laringe, neoplasmi formati esclusivamente da strati più o meno numerosi e continui di cellule epiteliali, senza ricoprire le papille, come nei papillomi, e senza contenere le capsule laminate, come negli epiteliomi. In altri termini, tumori nei quali le cellule epiteliali sono gli unici elementi costituenti, ed ai quali han dato nome.

L' epitelio è quasi sempre pavimentoso, carattere che si conserva eziandio quando la sede è un punto della mucosa fornita di cellule cilindriche. Ehrmann però, Follin e Krishaber citano 3 casi nei quali alla superficie fu rinvenuto epitelio a cigli vibratili.

È una specie infrequente, osservata 5 volte da Mackenzie, nessuna da me o da altri laringoscopisti; è stata notata nella tenera età o come affezione congenita.

I polipi epiteliali benigni sono tumori che variano per volume da un grano di canape ad un uovo di passera; sessili, levigati, talora lobati. Hanno colore bianco o rosso-pallido, e prediligono le corde vocali ovvero le loro adiacenze.

Fibromi. — Per frequenza e struttura rappresentano una delle varietà la più importante. Dopo i papillomi, sono essi che figurano nel quadro. Codesto canone viene infermato da Fauvel, il quale in modo reciso dice: « *Il est assez rare de trouver dans le larynx des polypes fibreux* ». Difatti nella sua statistica, su 300 casi, il fibroma vi figura 11 volte soltanto. Nella mia, invece, che in cifra rappresenta due terzi dei casi di Fauvel, il fibroma vi è rappresentato 32 volte, ciò che conferma la opinione di Mackenzie avvalorata pure dagli altri laringoscopisti.

I fibromi generalmente s' impiantano nel tessuto sotto-mucoso: talfiata è a supporsi che il punto di partenza sia nel pericondrio. Ripeto, a questo proposito, testualmente le parole di Mackenzie, e poichè siamo a supposizioni, mi piace riferire un caso che accredita queste:

Osservazione III.—Il 28 Febbrajo 1876, veniva a consultarmi da Firenze il Cav. Enrico Montecorboli (distinto autore drammatico) perchè da varii mesi affetto da raucedine.

È un uomo a 36 anni, linfatico, il quale richiama la mia attenzione sopra due cause: la suscettibilità ad infreddarsi e l'abuso della voce.

La raucedine era ostinata; aumentava in certe emergenze fino a richiedere grande sforzo della respirazione. Osservato al laringoscopio più volte, si era creduto ad un catarro cronico.

Io stesso dovetti lavorare ben 5 giorni prima di formulare la diagnosi, essendo oltremodo difficile in lui di raggiungere con lo sguardo l'angolo di commessura; dopo di che pervenni a constatare, vicino al margine libero della corda vocale destra, ma origenantesi dall'angolo rientrante della cartilagine tiroide, un tumoretto quanto un grosso cece, bilobato, irregolarmente ovoideo (v. fig: 3), il quale s' interponeva fra le corde vocali talfiata, e tal' altra era sospinto al disopra di esse, ovvero aspirato nello spazio sotto-glottico.



Fig. 3.

Avea colore rosso-fosco e superficie levigata.

Durai grande fatica ad operare, ajutandomi col ghiaccio e l' anestesia locale; finchè un giorno, essendo riuscito a stirare in alto il tumore, potetti asportarlo per intero, ma esercitando fortissima trazione poichè il pendunculo avea ben valide aderenze. Vi fu discreta emorragia che domai cauterizzando. Il professore Fienga confermò che il tumore era un fibroma, ed il paziente ritornò a Firenze ove era chiamato da urgenti occupazioni.

La origine del tumore dal pericondrio viene dimostrata dalla valida aderenza e da quello di cui m' infermò per lettere il Montecorboli, prima del grato annunzio di una completa guarigione.—La voce continuò a subire strane alternative: un vivo dolore comparve nel punto ove era caduta la operazione: di tempo in tempo espuiva strie sanguigne, mentre il professore Pellizzari accertava non esservi traccia di riproduzione. E solo dopo quattro mesi ogni molestia scomparve, ritornando la voce chiara e sonora, come era stata prima di ammalare. (Dovette verificarsi una limitatissima pericondrite).

Quale che sia il terreno dal quale sorgono, i fibromi esaminati al microscopio si veggono risultare da fasci di fibre bianche che divergono e s' incrociano in vario senso: sono ricoperti di alcuni strati epiteliali, costanti secondo Krishaber, che possono mancare secondo Mackenzie, come ha potuto constatare in parecchie contingenze, nelle quali non si poteva credere ad una desquamazione, mancando questa interamente. Ma ciò non è tutto. Paget afferma che si riscontra pure una sostanza grigia, omogenea, intersecata da linee opache, bianche, donde un' apparenza simile alla sezione di una fibrocartilagine, le semilunari od intervertebrali ad esempio.

Se non che, volgendo al blù od al bruno la sostanza fondamentale, e mutando la disposizione delle linee bianche, ne derivano parecchie varietà. Se la sostanza fondamentale non si è organizzata in fibre, è possibile che si rinvengano masse amorfe di proteina coagulata. Il tessuto fibroso, da ultimo, può essere lasco abbastanza, reticolato, ricco

di spazii contenenti una sostanza semiliquida, e ricoperto da epitelio cilindrico appiattito alla superficie, in modo da simulare uno strato lucido. A quest' ultima varietà appartengono 4 dei 32 fibromi da me osservati. Riferirò un caso tipico, in cui il tumore fu gentilmente esaminato, e con quella diligenza che gli è propria, dal professore Angelo Petrone, cui rendo pubbliche grazie:

Osservazione iv.—Il Sig. Gaetano d'Agostino da Salerno, celebre artista Pittore, giovane e robusto, soffriva da qualche anno di raucedine, la quale era andato man mano avvanzando, e negli ultimi tempi si congiungeva a lieve dispnea negli esercizii forzati ed istantanea perdita della voce. Io lo òsservai nell' Ottobre 1877, e trovai che sul terzo medio del margine libero della corda vocale sinistra esisteva un tumore grande quanto due fagiuoli riuniti, peduncolato, mobile, bilobato. Avea colore rosso-fosco ed era levigato alla superficie: il lobo più grande, era il più esterno: esaminato durante la fonazione, il diametro più lungo, il longitudinale, si metteva in posizione obliqua al margine della corda corrispondente, che ricopriva in buona parte, nascondendo altresì un tratto del terzo medio della corda opposta (v. fig. 4). Durante la inspirazione, invece, il tumore era attratto nello spazio glottico, ove restava pendente con l'apice del lobo maggiore rivolto in giù. Ora, appunto questa curiosa disposizione spiegava come in alcune emergenze il neoplasma, non giungendo a svincolarsi dai margini delle corde vocali ravvicinate per l'atto della fonazione, fosse causa della brusca interruzione del suono.



Fig. 4.

Il 16 Novembre, in presenza del Prof. F. Petronio e dei Dottori G. Somma, Jandoli e Colucci, io asportai quasi per intero il tumore. L'infermo ha recuperato la voce. ed è oggi uno dei miei migliori amici.

Il professore A. Petrone definì il tumore per un fibroma reticolato con formazione apparente di lacune, cioè di una struttura molto simile a quella del *fibroma mollusco.*

I fibromi sono lenti nel loro sviluppo, non hanno tendenza a recidivare, si verificano quasi sempre in adulti. Unici per lo più, s' impiantano sul margine libero o l'angolo di commessura delle corde. Sono rotondi od ovali, bilobati, eccezionalmente simili a cavolifiore.

Sono peduncolati quasi d' ordinario. — La superficie è levigata, di rado scabra; sono duretti al sondaggio, e di color rosso sbiadito o rosso-carico. Variano per volume da un mezzo pisello ad una ghianda. Il colorito rosso più fosco, la durezza piuttosto elastica, con discreto volume del neoplasma e la divisione in più lobi, mi sembrano i caratteri più salienti per credere al fibroma cistico. Questi mi guidarono negli altri 3 casi ai quali ho alluso (1.° Sig. Ciccotti, afono, che operai nel

1882, ora guarito; 2.° una contadina, certa Cecere, operata nel Gesummaria l' istesso anno, afona e guarita pur essa, 3.° ed un tal Vincenzo Giambruno, artista di prosa, che operai con pieno successo nel Gesummaria, l' anno 1884).

Rokitansky, nondimeno, accenna ad un fibroma laringeo grande come un uovo di piccione, ed io che posseggo una rara osservazione nella quale il neoplasma raggiungeva il volume di un'albicocca, credo opportuno trascriverla:

Osservazione v.—L' anno 1872, il mio assistente dottor de Innocentiis (del quale rimpiango tuttora la immatura morte) mi presentava il Sig. Pasquale Avallone, un ometto in sui 48 anni, ammogliato, napoletano, fabbricante di fiori artificiali, il quale fin dall' età di 7 anni avea guadagnato un curioso e speciale timbro nasale della voce, cosa che era andata man, mano crescendo con l' età. Negli ultimi anni venne ad aggiungersi un fenomeno assai molesto ; cioè un sonno morboso che si stabiliva lentamente, ad insaputa dell' infermo, più volte nel corso del giorno. La respirazione allora diveniva rumorosa.

Invitando il paziente ad inspirare profondamente, si udiva quel particolare stridore che producono le stenosi delle prime vie respiratorie, ed egli mi assicurava che in tutti gli esercizii corporei esagerati affannava. La deglutizione non era per nulla turbata.

L' esame laringoscopico scopriva un grossissimo tumore, di circa 3 centimetri nel suo diametro trasverso, abbastanza simile ad un'albicocca, levigato, rosso-pallido, duro-elastico alla esplorazione digitale, che partendo dalla metà della superficie interna della epiglottide occupava l' intero vestibolo; onde poteva dirsi limitato : in avanti dalla epiglottide, sui lati dalle ripiegature glosso-epiglottiche, in dietro dalle aritenoidi, dalle quali si scostava per pochi millimetri. Fisso al punto d' impianto per larga base, non presentava indizio alcuno di mobilità, e la circolazione dell' aria si eseguiva alla periferia , cioè nello spazio che restava tra il suo contorno ed i ligamenti ari-epiglottici, e le aritenoidi in dietro (v. figura 5).

La poca mobilità del tumore mi fece subito avvertito che la estirpazione con le pinzette sarebbe stato un tentativo fuori proposito. Non restava adunque che reciderne la base con polipotomo, ovvero passare un' ansa galvanica. Distruggerlo in sito poco, a poco, con la elettro termica, era opera abbastanta lunga e molesta.



Fig. 5.

Le 2 operazioni che io avevo in vista, offrivano anch' esse degli inconvenienti: la emorragia pel taglio, e la difficoltà di manovrare per un certo tempo con l' ansa, mentre esisteva laringostenosi.

L' infermo esitante, lasciò passare in questo stato circa 3 anni.

Nel 1875 il tumore era cresciuto e quasi toccava l' estremo limite della parete posteriore della faringe; sopraggiunse perciò lieve disfagia; ma la respirazione si rese assai più laboriosa ed il paziente appariva molto denutrito.

Non v' era più tempo da perdere, e sia per garantire la sua vita dall'im-

minente pericolo, sia per allontanare quelli inerenti alla operazione, la tracheotomia (come mezzo palliativo) trovava tutte le indicazioni.

Allora io invitai a consulto il professore d'Ambrosio, il quale avendo fatto buon viso a queste mie vedute, accondiscese gentilmente a presenziare la operazione, che praticai nel maggio di quell'anno, con pieno successo e senza veruno incidente.

Ma l' infermo non ha voluto mai assoggettarsi alla seconda operazione, e portava sino a pochi anni fa (quando lo vidi l' ultima volta) la cannula ed il tumore.

Questo enorme sviluppo dei fibromi, lo ripeto, è la eccezione; ma bisogna tenerla presente e bene a memoria nella diagnosi differenziale di quelli enormi tumori laringei che sogliono essere più volentieri delle cisti.

Tumori fibro-cellulari o polipi mucosi. — Intorno a questi regna, anche nelle opere classiche, un pò di confusione. Mackenzie, di fatti, distingue i *polipi mucosi* dai *mixomi*; Fauvel li considera come una sòla e medesima cosa; questi dice che sono frequenti, quegli afferma che sono rari.

Chi per poco si dà la pena di riscontrare i relativi paragrafi, ha agio di convincersi che la differenza poggia sopra minuterie riferibili alla sostanza intercellulare, e perciò i veri mixomi della laringe, nel senso di Virchow, sono la eccezione, mentre gli altri hanno analogia con quei neoplasmi che abbastanza spesso si osservano nelle fosse nasali. — La discrepanza può essere spiegata a questo modo: Fauvel, in molte occorrenze, avrà fatta la diagnosi dai caratteri *macroscopici*; Mackenzie la fece sempre *a posteriori*, dal reperto *micrografico*. Per vero, i mixomi sono molto raramente citati da altri osservatori, ed io li rinvenni 2 volte soltanto.

Sono neoplasmi che consistono di tessuto fibro-cellulare sviluppato più o meno perfettamente e che contengono una quantità variabile di liquido sieroso (*tumori fibro-cellulari*, secondo Mackenzie); ovvero sostanza gelatinosa, trasparente, omogenea, con cellule di vario diametro, provviste di sottili prolungamenti filamentari (*veri mixomi* secondo Mackenzie e Bruns). In tal caso può esistere un involucro fibroso con varii strati epiteliali. Onde ben dice Fauvel: i mixomi sviluppati nella laringe, appartengono a quella varietà detta papillare; e raccomanda, quando se ne pratica l' esame al microscopio, di far cadere il taglio sulla parte centrale, affine di avere sotto gli occhi tutti i tessuti dai quali risulta il tumore, non già la sola parte corticale che potrebbe trarre in inganno. Pare, dunque, che questa varietà sia la meno rara: è stata osservata da Mackenzie nella proporzione del 5 per 0|0; da me, in quella dell'1 per 0|0; mentre del

vero mixoma non se ne conoscono che 2 casi; uno di Mackenzie (mixoma jalino), l'altro di Bruns.

Nella laringe (contrariamente a quanto succede nel naso) sono unici e peduncolati: hanno una predilezione per i margini delle corde vocali, rispettandone l'angolo di commessura: si sono visti sulla epiglottide. La loro forma si avvicina alla rotonda; la superficie è levigata. Variano per volume, ma non oltrepassano mai quello di una ciliegia; il colore è rosso o rosso-sbiadito (come quello della mucosa), salvo che l'involucro non sia irritato per una qualsiasi ragione. Non tendono a recidivare quando sono estirpati. Riferisco le due osservazioni che mi sono personali, sì perchè non sono comuni, sì perchè ebbi l'agio di rivedere lungo tempo dopo gli ammalati:

Osservazione VI. — Il Sacerdote L. G., un robusto uomo a 50 anni, era da lungo tempo affetto da raucedine. Ultimamente questa aumentava tanto, che in alcuni momenti confinava con la completa afonia. Aveva tosse; espettorazione difficilissima di mucosità tenaci. Lo esaminai il 12 luglio 1872, e notai le due corde vocali grandemente injettate, ispessite e coverte da muco; la iperemia era ugualmente intensa e diffusa alla laringe ed alla porzione della trachea che si poteva esplorare.

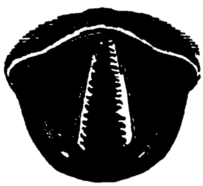


Fig. 6.

Verso il terzo anteriore della corda sinistra, dal margine libero, sorgeva una vegetazione rilevata di qualche millimetro, di forma piuttosto ovoidale, di colore rosso-fosco, del volume di 3 a 4 grani d'orzo riuniti. Era peduncolata e mobile verso la rima glottidea (v. fig. 6).

In tre sedute io portai via a brani la piccola neoplasia, con le ordinarie pinzette, perchè trovai grande eretismo nervoso nell'operando: ma la cura si protrasse fino al giorno 8 ottobre dello stesso anno, in vista del grave catarro concomitante. La voce migliorò notevolmente, ma quello persisteva; ciò malgrado il tumore non si è riprodotto. Il microscopio confermò la diagnosi di polipo mucoso.

Il successo, invece, è completo in quest' altro caso:

Osservazione VII. — La Signorina Agnese Taurisano, che da un anno prima soffriva di raucedine, si diresse a me il 10 Agosto 1876. È giovane a 25 anni, gracile, che lascia appena sentire un fil di voce. Il laringoscopio discopre un tumore come quello della mucosa, grande quanto un fagiuolo, impiantato sul margine del terzo anteriore della corda vocale destra, mobile, levigato, unico (v. fig. 7). Lo asportai facilmente con una ordinaria pinzetta, nella prima seduta: ma durai tempo e fatica per distruggere il lembo lacerato della mucosa, che faceva da peduncolo. Questo lavoro fu non avaramente compensato,

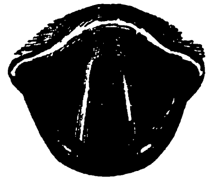


Fig. 7.

perchè la corda rimase regolare, levigata, bianca, e la laringe in condizioni lodevolissime.

Lipomi. — Poco diremo, perchè poco è risaputo dei lipomi laringei. Non che la struttura sia dubbia od oscura, ma perchè le osservazioni sono scarse. Del resto, quando ricordiamo che i lipomi ed i mixomi, come Virchow insegna, si sviluppano a preferenza nelle parti ove trovasi tessuto cellulo-adiposo, non è a meravigliarsene: la laringe ne è molto scarsamente fornita.

Mackenzie riferisce una prima osservazione di Bruns, che mi piace riprodurre. Individuo a 26 anni, tumore probabilmente congenito, ampio tanto da occludere l'orifizio della laringe, impiantato sulla cartilagine aritenoide ed il ligamento ari-epiglottico di sinistra, di colore rosso-chiaro. La massima parte fu distrutta in molte sedute con la galvano-caustica. Schüppel, che ne intraprese l'esame microscopico, constatò che l'involucro risultava da connettivo fibro-stellato, misto a numerose e sottili fibre elastiche; il neoplasma era ricco di vasi, molle, privo di papille, e vi erano molti strati di epitelio pavimentoso. L'involucro conteneva due tumori fatti da cellule adipose, parzialmente riempite di margherina, e tra le zolle adipose v'era tessuto fibroso. Eravi pure un piccolo tumore cartilagineo, circondato dappertutto da connettivo.

Ultimamente, il professore Schrötter di Vienna, nella *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.*, ha pubblicato un caso analogo. — Donna a 55 anni, robusta, sofferente da 2 anni di senso di villichio in gola che aumentò fino a quella di corpo estraneo. Allora sopraggiunsero dispnea e gravi accessi notturni di soffocazione. La voce subiva curiose alternative.

L'adito laringeo è occupato da un tumore rosso-pallido, giallastro in alcuni punti, multilobato, che pende nella cavità, difficile a valutarsi la configurazione, perchè fatto da varie porzioni, grandi e piccole, paragonabili ad un lipoma arborescente, che pervenivano nella cavità, nel seno piriforme, nello spazio tra la parete posteriore della laringe e della faringe. Un ampio peduncolo nastriforme univa il tumore al margine sinistro della epiglottide.

Venne asportato in poche sedute, e l'esame istologico fatto da Paltauf, confermò la diagnosi clinica di lipoma.

Avevamo quindi ragione di dire che sin quando le osservazioni non si moltiplicheranno, dei lipomi laringei non sapremo altro, e forse resteranno appena come ricordo storico. Ma, nei due casi narrati, la identità della sede giustamente richiama la struttura delle parti, cioè la presenza del tessuto adiposo verso il peziolo epiglottico.

Cisti. — Ne soso state osservate da varii autori; ma sulla loro fre-

quenza, dopo due bellissimi lavori, del professor **Cervesato** e del dottor **Moure**, sono nate positive divergenze; affermando il primo che non sono così rare ed eccezionali come si è finora creduto, e sostenendo il secondo la tesi contraria. Io, nella prima edizione del presente lavoro, aveva emessa una opinione analoga a quella di **Moure**, perchè facendo astrazione dalla poco notevole dilatazione delle glandole della mucosa, che esclude ogni trattamento chirurgico, consultando allora (1879) le più ricche statistiche, non trovai in **Fauvel** che 3 volte le cisti su 300 casi, e 2 sopra 100, in **Mackenzie**. Il professore **Cervesato**, ch'è dotto per quanto diligente, ha invece raccolto (comprese alcune sue) 85 osservazioni, escludendo quelle dubbie, e con sì ricco contingente, si è giustamente creduto autorizzato a ripetere che se la collezione non è ricca, è però sufficientissima. A me sembra che malgrado l'elevata cifra, se si tien conto delle varie fonti alle quali fu attinta, non si possa conchiudere che le cisti laringee non siano rare. Se fosse possibile sommare tutti i casi di neoplasmi laringei osservati da coloro stessi che han pubblicato casi di cisti, si vedrebbe che il rapporto non è considerevole, cioè che le cisti sono meno frequenti dei papillomi, dei fibromi, dei tumori a rapida evoluzione. Sicuramente che di fronte agli angiomi ed ai lipomi guadagnano un posto ben altrimenti elevato, ma a petto dei più comuni, sono tutt'altro che frequenti. Nè i vantaggi che un autore può avere su di un altro meritano conto, perchè le eventualità sono incomprensibili. Per esempio, io ho una statistica meno ricca del **Fauvel**, ma posseggo un numero maggiore di casi di cisti; 13 su 200, benchè debba aggiungere che in quattro casi si trattava di semplice dilatazione glandolare più o meno innoltrata, vinta o migliorata con le sole cauterizzazioni, e 2 volte avendo semplicemente osservati gl' infermi, la diagnosi non ha la sicurezza desiderabile. Ma all'aspetto, non si poteva emettere altro giudizio, e per la importanza dei fatti stessi, li riferisco qui in breve:

Osservazione viii.—Il 27 Luglio 1875, fui consultato dal Sig. Milano, di Roma, un uomo robusto, rauco da 4 anni. Malgrado un difficile esame laringoscopico, mi accorsi di un tumoretto quanto un grano di uva, di forma ovoidale oblunga, impiantato verso l'angolo di commessura. Ha colorito rosso carico, ma è levigato e lucente alla superficie, regolare ai bordi, immobile nei due atti respiratori. Non vidi più il paziente.

Osservazione ix. — Nel 1870 fui consultato da una donna di età piuttosto avvanzata, moglie di un capitano al ritiro. Era afona e dispnoica. Nella laringe vi era un tumore bilobato, grosso come un nocciuolo di nespola del Giappone, alla configurazione del quale rassomigliava, e coprendo in gran parte la corda destra, da cui si originava, si estendeva anche sulla sinistra col suo lobo minore. La superficie era del pari lucente, trasparente, ma il co-

·lorito grigio-sporco; pareva proprio vedere una vescicola ripiena di liquido che stesse lì, lì per scoppiare.

La signora accettò l'operazione della quale le discorsi, ma non si fece più vedere.

Degli 85 casi riuniti da Cervesato, la sede era 41 volta sulle corde vocali, 37 sull' epiglottide, 2 nel ventricolo del Morgagni, 2 sul ligamento ari-epiglottico sinistro, 1 sulla parete posteriore della laringe presso la cartilagine di Santorini del lato destro, 1 innanzi l'aritenoide sinistra, 1 nella regione della cartilagine di Wrisberg. Nei miei 13 casi, 11 volte la sede era sulle corde vocali, 2 il ventricolo di Morgagni a destra (certa M. Farina a cui si praticò la tracheotomia, ed una inferma che si presentò l'anno decorso all'Ambulatorio dell'Ospedale Clinico). Questa prevalenza per le corde vocali, mi fece essere abbastanza esplicito sin dalla prima edizione, ed ora io non posso che esultare se le diligenti osservazioni del Cervesato sono venute a confermare quelle vedute, che io aveva espresse, contrariamente a Fauvel, e malgrado le osservazioni, allora scarse di Mackerzie, Durham, Gibb e Bruns. Ho il debito di aggiungere, nondimeno, che mentre dalle raccolte di Tobold (23 casi) e Beschorner (43 casi), l'epiglottide vi figura poco, da quella di Cervesato si può ritenere che questa rappresenta il punto di origine delle cisti, con grande frequenza (v. sopra).

Epperò la prevalenza per le corde troverebbe una spiegazione scientifica nella opinione di Coyne che, contrariamente a quella di Luschka, insegna la presenza di ghiandole tra il legamento fibro-elastico e la parte superficiale della mucosa verso la superficie superiore delle corde vocali, sebbene Sommerbrodt invochi, in assenza di glandole, una ingegnosa teoria. Secondo lui, e dalle ricerche a lui comunicate da Waldeyer e Gottstein, le glandole mucose *neoformate* normalmente ad una certa distanza e sotto il margine libero delle corde vocali, nei casi rari, sollevano verso il medesimo margine il loro tubo glandolare fino a raggiungerlo. Per questa direzione anomala, si avrebbe un pretesto alla formazione delle cisti (1).

Questo ci conduce subito alla questione importantissima della genesi. Sono esse di novella formazione (ci domanderemo con Cervesato), cioè per rammollamento, o vere cisti, veri cistomi?; oppure produzioni sviluppate in spazii preesistenti, e perciò effetto di stravaso, trasudazione, ritenzione di secreto? Ebbene io son felice che quanto

(1) Cervesato — *Sur les kystes laryngés.*—Memoria presentata al Congresso Laringologico di Milano nel 1881, e pubblicata in quel resoconto (in Francese) e nel giornale « lo Sperimentale » di Firenze.

aforisticamente avea scritto nella prima edizione, abbia avuto una conferma sperimentale e scientifica dalle belle ricerche del professor Cervesato. Non saprei, quindi, rendergli migliore omaggio se non col ripetere, in compendio, quello che ci ha fatto sapere.

La struttura delle pareti della cisti, cioè una membrana formata da tessuto connettivo, rivestita nella sua interna superficie da un semplice strato epiteliale, è tale fatto che basta ad escludere la neoformazione, ed insegnarci che ordinariamente trattasi di vere cisti mucose, cioè cisti da ritenzione del secreto delle glandole mucose, in seguito ad obliterazione dell' orifizio o di una parte del canale; il che è anche confermato dall'analisi del contenuto particolarmente, in massima costituito da mucosità ed epitelio. Ma il contenuto varia secondo il modo di origine della cisti. Quelle di nuova formazione, se sono consequenza di rammollamento, contengono prodotti di metamorfosi regressive; quelle naturali, siero puro o guasto; le cisti sviluppate negli spazii preesistenti contengono sangue se sono dovute a stravaso, siero se a trasudazione, siero e fibrina se ad essudazione; infine prodotti di secrezione se dipendono da ritenzione: nel quale ultimo caso le varietà sono molte, e le alterazioni secondarie possibili sino a non trovare più traccia delle sostanze primitive.

Riferisco, in proposito, una mia importante osservazione:

Osservazione x. — Il dottor Mazzeo mi diresse da Sessa Aurunca un tal Brizzi Pasquale, giovane robusto, a 27 anni, il quale sin da un anno era rauco; l' infermo racconta che la raucedine andava crescendo e qualche volta era afono del tutto e cominciava ad affannare nel salire le scale.

L' esame laringoscopico (2 Agosto 1875) rivelò un tumore che con la espirazione veniva sollevato dallo spazio sotto-glottico sulle corde vocali, a qualche millimetro dalla commessura. Avea colorito rosso-scuro intenso, grigio-nerastro verso l' apice; di forma ovoidale oblunga, col maggior diametro nel senso trasversale, bernoccoluto in un punto e nell'insieme grande quanto una piccola fava, alla figura della quale si avvicinava molto. Era peduncolato e s'impiantava sul margine libero del terzo anteriore della corda destra, pendendo nello spazio sotto-glottico ove si nascondeva durante la inspirazione. Al sondaggio si presentava elastico.

Senza verun preparamento mi accinsi ad operare, raccomandando al paziente energiche espirazioni: al terzo tentativo, asportai per intero il tumore dal suo punto d' inpianto. In quella stessa ed unica seduta, escissi poi il lembo peduncolare e cauterizzai limitatamente con la elettro-termica onde prevenire la recidiva. La emorragia, tuttochè di poco conto, fu però superiore a quella che sogliamo vedere. Il professore Fienga, che gentilmente imprese l' esame micrografico, constatò trattarsi di *cisti ematica.*

Ora, senza credere necessariamente che questa sia una cisti da stravaso, si può logicamente pensare che la emorragia sia stata per lo meno

un fatto secondario e posteriore; ma fuori ogni dubbio la osservazione è importante e forse unica, dacchè non è conosciuta che un'altra sola di Johnson, nella quale le pareti erano sottili, membranacee ed il contenuto siero-sanguinolento. Talfiata si sono trovati, nell'interno delle cisti, dei nuclei liberi, corpi colloidi, colesterina, globuli purulenti, ed io una volta vi rinvenni delle concrezioni dure. Ben dice Cervesato che codesti fatti sono in rapporto col periodo di sviluppo delle cisti, e per vero, mentre in quelle recenti il contenuto è liquido, filante, gelatinoso, lucente (gli epitelii sono scarsi), nelle antiche gli epitelii sono frequenti, alterati, degenerati in grasso, talora abbondantissimi ecc. Il professore Cervesato, cui molto interessò il caso mio, si accorda con me nel credere che avvenga cretificazione del contenuto della cisti. Ecco la osservazione:

Osservazione XI. — Il 4 Ottobre 1871, osservai in Manduria il sig. Giovanni Marinaro, un robusto cacciatore e tenace fumatore, a 32 anni, il quale nel 1848 era stato colpito da angina reumatica che curò col ghiaccio. D'allora la voce divenne rauca, e tale rimase fino al 1868, a partire dalla quale epoca migliorò abbastanza.

Al laringoscopio notavasi un piccolo tumore inserito sul margine del terzo anteriore della corda sinistra, del volume d'un piccolo grano d'uva passa, di color grigio-nerastro, con un punto bianco-lucente verso l'estremo libero, mentre verso l'angolo di commessura mostrava un certo rigonfiamento. Durante la inspirazione, pendeva col suo lungo picciuolo nello spazio sotto-glottico: durante la fonazione, le corde, starei per dire ne strozzavano il colletto. Il 6 Ottobre, in presenza del professor Camerario e dei dottori de Cunzo e Giustiniani, mi accinsi ad operare con una pinzetta che apriva nel senso antero-posteriore; ma non riusciva che a piggiare il tumore o stirarlo al di sopra delle corde. L'infermo ed io eravamo stanchi; ciò malgrado volli impugnare la pinzetta del Fauvel, ed immediatamente portai fuori il neoplasma.

Era floscio, avea pareti dure ed aggrinzite, le quali limitavano una cavità, entro cui si trovava un nucleo calcareo. Mi duole non averne potuto fare l'esame.

L'infermo guarì, e riosservato dal Camerario l'anno dopo, mostrava la laringe normale.

Le cisti sono ricoperte da uno strato della mucosa, sollevata ed assottigliata, più o meno aderente; al di sotto sta il vero sacco cistico. La cavità del sacco è d'ordinario unica, raramente divisa da trabecole connettivali; la parete è di uno spessore variabile.

Le cisti non seguono un decorso regolare; in generale il loro sviluppo è lento, ma talora crescono rapidamente. Ponno raggiungere un grosso volume (una ciriegia, Mackenzie), e dalle osservazioni di Cervesato risulta che in tal caso si veggono alla superficie anteriore dell'epiglottide e le fosse glosso-epiglottiche. Restano qualche

volta stazionarie, e perfino scompariscono definitivamente o temporaneamente.

Sono peduncolate se grandi, fornite di larga base se piccole, rotonde, ovoidee, levigate, di colore grigiastro, rosso, roseo, rosso-fosco, giallognolo; uniche, elastiche al sondaggio. Tendono a recidivare se una diligente cura non distrugge la parete involgente.

Quando si pratica la esplorazione nella fase iniziale, si osservano tumoretti piccoli, rotondi od ovoidali, a contorni regolari, di colorito rosso più o meno carico o grigiastro, e francamente è a dire che in questo periodo i mixomi ed i fibromi li confondono; onde una diagnosi sicura non può farla se non il microscopio, quando sono stati asportati. La rapidità della cura in 4 tra i 13 casi da me osservati, è uno degli argomenti che mi ha deciso a classare tra le cisti quei piccoli neoplasmi.

Riguardo alle *cisti idatiche*, Andral afferma averne osservate, e Ryland, nel suo trattato delle malattie laringee, ne ricorda un caso simile: la cisti originata in uno dei ventricoli laringei, protrudeva tanto nella cavità, da provocare sintomi di laringo-stenosi. Infine Foerster ha fatto notare che dagli antichi autori vennero descritti come cisti idatiche i polipi mucosi. Ma le notizie, sul proposito, sono così scarse che è proprio da attendersene la conferma da ulteriori osservazioni.

Adenomi — I tumori glandolari della laringe sono anch'essi rari. Nella ricca statistica di Fauvel non ve n'è menzione, ed in quella di Mackenzie non se ne parla che due volte. Nel bel lavoro di Labus, è riferito un caso interessantissimo: io ne vanto 2 esempii.

La rarità degli adenomi deve ripetersi dalla difficoltà di riscontrare neoplasmi esclusivamente costituiti da glandole racemose ipertrofiche, la sola condizione che li piazza tra i tumori glandolari; dappoichè se Cornil e Ranvier negano che la struttura glandulo-acinosa si trovi spesso nelle escrescenze papillari, Clark, il quale ha esaminato la maggior parte dei tumori laringei asportati da Mackenzie, asserisce di avervi ripetutamente osservato « porzioni di glandole racemose».

Al microscopio gli adenomi si confondono col cancro adenoide (come avvenne in uno dei casi di Mackenzie), e secondo Hérard e Cornil, il cul di sacco ed il canale escretore delle glandole ipertrofiate si vedono pieni di epitelio cilindrico, e tra un cul di sacco ed un altro, tessuto areolare attraversato da numerosi capillari e riempito di moltissimi granuli, cellule linfoidi e corpuscoli fusiformi.

Le sedi di predilezione sono: le corde vocali (in ispecie l'angolo di commessura), la epiglottide, la faccia interna delle aritenoidi, ed è troppo vero quello che Mackenzie dice del loro aspetto, cioè che nulla han di caratteristico, e certe volte somigliano ad escrescenze simili a cavolifiore. Da varie figure che io ho guardate, e dal riscontro dei due casi miei, mi sembra giusto affermare che per il loro colorito rosso, la irregolarità della superficie e lo sviluppo considerevole a cui

manifestamente tendono (i tumori erano di dimensioni colossali relativamente all'organo in cui si svilupparono, nei casi di **Mackenzie**, **Labus** ed in uno dei due miei), hanno molta rassomiglianza con una tonsilla ipertrofica.

Racconterò in breve le due storie:

OSSERVAZIONE XII. — Delè Rocco, nativo di Ruvo, di 40 anni, ammogliato, robusto campagnuolo, mi venne diretto il 12 Giugno 1870 dal professor Coco. Da 4 anni egli andò soggetto a ripetuti catarri laringei, ma da 18 mesi avea notato raucedine, la quale era andata aumentando man mano, fino ad una completa afonia. Nel salire le scale o nel correre, in questi ultimi tempi si era accorto che affannava.



Fig. 8.

Lo specchio agevolmente discopre un enorme tumore che occupa l'angolo di commessura ed il terzo anteriore della rima glottidea; è rosso, irregolare di superficie e di contorni, ha una base discreta (v. fig. 8), ma ciò malgrado è mobile. Lo asportai in più sedute e l'esame istologico confermò ch'era un adenoma.

Rividi l'infermo l'anno seguente; v'era stata recidiva. Operai di nuovo e cauterizzai. Non seppi altro, dopo.

OSSERVAZIONE XIII. — Il Sig. P. Pandozy, di Linola, mi fu presentato il 4 Marzo 1880 dal dottor Notarianni. È un uomo robusto a 37 anni, ammogliato, amantissimo della caccia e perciò esposto a continue vicessitudine atmosferiche. La sua voce rauca e debole, da un pezzo, andava peggiorando ognora più. Sulle due corde, in punti simmetrici del loro terzo medio, si vedevano due tumori, grossi come piselli, schiacciati, irregolarmente rotondi, rosso-pallidi, i quali si toccavano per le loro periferie; poco mobili, sessili.

Il 14 Aprile ne cominciai la demolizione, che fu laboriosa, in quanto dovetti decidermi ad un vero *scorticamento* delle corde, secondo il metodo Labus, onde eradicarli dal loro impianto. Il processo riparatore fu lodevolissimo, la cura completa, e la voce si ripristinò. Erano egualmente degli adenomi: ma dal loro aspetto e dalla simmetria, non si sarebbe punto argomentata la vera indole.

I caratteri esterni, non sono punto significativi, e se il microscopio talora li ha giudicati siccome carcinomi adenoidi , non è men vero che esso resta unico ausilio. Che se divergenza nascesse, allora gli è dall' accordo col decorso del neoplasma che dopo un dato periodo di tempo sarà possibile una diagnosi precisa.

Angiomi. — Di tumori vascolari nella laringe , si contano i pochi casi noti. Uno ne ha riferito **Mackenzie**, due **Fauvel**, uno **Mar-**

gary (1), due Elsberg, il quale accenna a qualche altro descritto da Fournié e Johnson. Un angioma di grossa mole, di cui narra Schuppert, era extra-laringeo, ma provocava fenomeni di dispnea tali che reclamarono la tracheotomia.

L' esame microscopico, nei casi di Mackenzie e di Margary, rivelò una struttura fibrosa; fibre compatte congiunte da vasi, così da non potersi isolare da questi. Nelle due osservazioni di Elsberg, si notava una struttura spongiosa, con numerosi vasi sanguigni fra le maglie.

Le alternative nel volume e la struttura, a ragione li classano tra gli angiomi cavernosi, o tumori vascolari venosi.

Mackenzie accenna alla possibilità che la rubrica dei tumori congeniti della laringe (rubrica la quale abbraccia i papillomi ed i polipi epiteliali benigni) si apra per comprendervi anche gli angiomi.

Sono stati visti sulle corde vocali quasi sempre, qualche volta nella fossa joidea.

L' aspetto esterno e la vitalità, quando sono osservati in sito, valgono meglio del microscopio per la diagnosi ; avvizziti, schiacciati, asportati, perdono tanto nel volume e nel colorito, che il più diligente esame a stento li ravviserebbe per quello che sono.

Han colore blù-scuro, rosso-vinoso carico, nerastro in qualche punto (Fauvel); quello di Mackenzie rassmigliava ad una mora ; gli angiomi riferiti da Elsberg erano piccolini ; uno rotondo come pisello, un altro piriforme.

Tumori amiloidi. — La storia di questi tumori è tutta palpitante di attualità, e per riprodurla completa mi fermerò alla disamina retrospettiva di qualche caso equivocato, ciò che certamente sarà accaduto pure ad altri più esperti di me. Nei migliori trattati di laringologia, nelle più accreditate monografie non si parla affatto di tumori amiloidi, e spetta a Burow il vanto di averli segnalati per il primo. In alcune comunicazioni laringologiche (2), egli fa noto che « in un uomo che avea subita la tracheotomia per tumori laringei ed avea portato per 7 anni la cannula, l' esame di questi, fatto da Neumann, dette a conoscere che trattavasi di *tumori amiloidi* » i quali egli, il Burow, esattamente descrive ed illustra, aggiungendo che « sette anni prima della morte dell' infermo, altri tumori perfettamente simili a quelli, e risiedenti in parti più alte della laringe, erano stati estirpati e giudicati per fibroidi ».

(1) Era un *fibroma angiomatoso* splendidamente operato con la distruzione del picciuolo (che pendeva dalla corda destra) ed illustrato dal dottor Fedele Margary. Torino 1878

(2) V. *Langenbeck's Archiv.* XVIII, 228-251, ed il Giornale : il *Movimento medico-chirurgico* Anno VII, n.° 13 (23 Luglio 1875), pag. 296.

Posteriormente, Ziegler (1) contribuendo alla dottrina della degenerazione amiloide, trovò alla sezione di un individuo a 67 anni, oltre a varie lesioni, noduli voluminosi e duri alla base della lingua ed al di sopra delle false corde vocali due polipi peduncolati, a sinistra quanto un nocciuolo di ciligia, a destra alquanto più piccolo. I noduli aveano aspetto che deponeva della loro qualità amiloide, e con l'aggiunta della soluzione jodica la superficie del taglio e le sezioni microscopiche si coloravano intensamente in azzurro (nel centro) e verde-vivo, violetto o rosso-bruno. Del resto, la degenerazione sembrava estesa ai vasi, al connettivo interstiziale, al sarcolemma, ed alla membrana propria di molte glandole mucose. Ritenendo, quindi, *nuova* e *speciale* la comparsa della sostanza amiloide in forma di tumori voluminosi e tuberosi, l'autore opina che debba pensarsi a disturbi circolatorii; e come in certe condizioni si depositano in talune parti i sali calcarei sciolti nel sangue, lo stesso avverrebbe dei corpi albuminoidi circolanti.

Certamente *nuova* e *speciale* può dirsi codesta forma laringea, se per poco richiamiamo quello che sinora era registrato nella scienza, cioè che la sostanza amiloide (la quale s'incontra fisiologicamente sotto forma di granulazioni o masse più o meno considerevoli, o strati concentrici nella prostata; sotto forma di piccoli globi nel sistema nervoso centrale; e patologicamente in forma d'infiltrazione diffusa negli elementi del fegato, della milza, dei reni, dei ganglii linfatici, dei vasi dell'intestino, del pulmone (2) ecc.), si rinviene eziandio nella laringe, in forma di tumori multipli e disseminati nella cavità.

Questi tumori hanno tre note caratteristiche: piccolezza di volume; rotondità della forma; moltiplicità. Perciò, ben dice Burow, si equivocano coi fibroidi, e poichè a me sembra di aver commesso questo errore in due casi, mi affretto a riferirne le storie, vuoi per correggere la diagnosi, vuoi per apportare un tributo a questi studii; tributo (ad onor del vero) dubbio, non avendo io modificato il giudizio se non col criterio dei loro caratteri esterni:

Osservazione xiv. — Nicola Jaezza, di anni 38, di Avellino, mi consultò nell'agosto 1870, perchè affetto da raucedine, affanno e tosse molesta.

Era un individuo robusto, il quale non aveva sofferto malattie contemplabili.

L'esame laringoscopico, durante la fonazione svelò un tumoretto quanto

(1) V. *Arch. für path. Anat. und Phys.* Vol. 65, ed il giornale: *il Movimento medico-chirurgico.* Anno VIII, numeri 33 e 34 (26 decembre 1875), p. 54.

(2) Cornil et Ranvier. *Manuel d'Histologie pathologique.* Paris 1869, pagina 51.

un grosso pisello sul 3.° anteriore del margine libero della corda vocale sinistra, rosso, coverto da muco, regolarmente ovoideo. Durante la inspirazione, nello spazio sotto-glottico si notavano, inoltre, numerosi tumoretti, rosso-pallidi, ognuno con netti contorni. Rispondevano ai primi anelli tracheali (v. la fig. 9).



Fig. 9

Li diagnosticai per fibromi diffusi, e poichè non stimai opportuno operare per le vie naturali, consigliai al paziente di ricoverare in un Ospedale, acciò venisse tracheotomizzato. L'operazione venne eseguita negl' Incurabili, con felice esito; l' infermo potè uscire e lucrarsi la vita vendendo zolfanelli. In tale stato lo vidi, e lo incontrava spesso nellà pubblica via; egli mi prometteva sempre di lasciarsi riosservare, ma non mantenne mai la promessa. E poichè cominciava a lamentarsi che malgrado la cannula non respirava bene, e lo seppi morto di poi, è fondato il giudizio che lo sviluppo di quei *probabili tumori amiloidi*, battezzati da me altra volta per *fibroidi*, avesse provocata una stenosi tracheale ed indotta la morte.

Osservazione xv. — Nel 1872 venni consultato da un tal Giovanni Pascale, uomo di robusto scheletro, di anni 50, nativo di Afragola, farmacista. Insieme ad un vizio di congenitura del palato molle, avea segni di marcata raucedine ed avvanzata laringostenosi.

L' esame laringoscopico rivelava numerose vegetazioni di color rosso-pallido, di forma più o meno regolarmente ovoide, grosse quanto una lente ognuna, numerosissime, disseminate in tutt' i punti della cavità laringea.

Sull'indole di quei neoplasmi non mi pronunziai; ma in vista della grave stenosi, consigliai la tracheotomia. Seppi che l' infermo ricoverò nel Gesummaria, ove pochi giorni dopo cessò di vivere. Non fu tentata operazione di sorta.

Encondromi ed osteomi. — Poichè ho detto le ragioni per le quali comprendeva nella classifica questi neoplasmi, è giusto che me ne intrattenga. Sarò breve; non scriverò che un ricordo storico indispensabile; una nuda relazione, ma della quale non posso fare a meno.

Albers, Gintrac, Rokitansky ne accennano senza riferire casi speciali. Nel 1818 una osservazione di notevole aumento della tiroide e della cricoide fu resa di pubblica ragione da Travers. Queste due cartilagini erano ossificate. Froriep in un' autopsia trovò due tumori ossei quanto una noce, ed un terzo in via di formazione. Vi era laringo-stenosi. Ryland pure accenna a tumori del genere, e Türck a due casi di tumori ossei, uno dei quali pareva che fosse un encondroma.

Lasciando la parola al più competente degli anatomisti patologi, al Virchow, noi apprendiamo che nello stretto senso nella laringe si sviluppano *eccondrosi* (produzioni in rapporto con preesistenti cartila-

gini), e non *encondromi* (tumori eterologhi). Sia che si sviluppino dalla tiroide o dalla cricoide, tendono a protrudere nella cavità; talvolta sono larghi e piani, tal'altra circoscritti e nodulari. Mackenzie, nondimeno, ha presentato alla *Società Patologica* di Londra un esempio in cui il tumore della grandezza di un uovo di gallina di Giava, sorgendo dalla cricoide si estendeva in giù ed in avanti, di contro alla trachea.

Conchiudo con Mackenzie: una parte delle osservazioni fatte in epoca in cui la istologia era bambina, merita il benefizio dell'inventario; ma le relative nozioni hanno valore nella diagnosi, giacchè pel rivestimento epiteliale del quale sono fornite, queste neoplasie si equivocano con altro, e la questione terapeutica ne resterebbe pregiudicata, in quanto gli encondromi e gli osteomi non permettono alcun trattamento per le vie naturali.

Sarcomi. — Di questa varietà di neoplasmi, che occupano per così dire un posto intermedio tra i benigni ed i maligni; che hanno per nota caratteristica la recidiva, se ne sono osservati, sebben raramente, nella laringe. Mackenzie cita 3 casi, e dalla raccolta di quelli di altri pratici, da lui stesso redatta, risulta che il sarcoma è registrato altre sei fiate. Fauvel riferisce otto osservazioni; in due si trattava della forma *encefaloidea*, in tre della *fuscicolata*, ed in altrettante, della *papillare*.

Per vero, Cornil e Ranvier invocati sul riguardo dal prelodato autore, pur ritenendo i sarcomi costituiti da tessuto embrionale genuino ed in via di subire una delle prime modificazioni per divenire un tessuto adulto, ammettono tra i sarcomi *mieloidi*, *ossificanti*, *nevroglici* (o *gliomi* di Virchow), *angiolitici* e *mucosi, lipomatosi* e *melanici*, due delle forme summentovate.

Fra 200 casi di tumori laringei da me osservati, di sarcoma ne trovo ben sei; eccone in breve i principali ricordi:

Osservazione xvi. — Rosaria Moscarella, di 54 anni, di Bisceglie, rauca e dispnoica, è osservata da me il 24 Novembre 1873. — L'esame diretto lascia vedere noduli grandi, poco più, poco meno di un pisello, disseminati al di sotto della mucosa per tutto il ligamento ari-epiglottico sinistro e lo spazio che intercede tra questo e la falsa corda omonima; l'epiglottide e la mucosa interaritenoidea non sono risparmiate, e leggermente colpita è l'aritenoide destra. Il colorito delle parti è come quello normale della mucosa; la secrezione aumentata, fetida; non v'è processo ulcerante.

Cauterizzai con la elettro-termica le maggiori sporgenze, e la dispnea migliorò; ma a capo di un certo tempo nei punti toccati ricomparvero, e dopo un paio di mesi perdetti di vista la inferma.

Osservazione xvii e xviii. — Queste due osservazioni si possono raggruppare insieme, pel decorso e l'esito. L'una si riferisce al Signor Agostino de Crescenzo, di Caserta, che mi consultava l'11 Agosto 1879, e l'altro al Rev. e dotto Canonico Linguiti, da Giffoni, che vidi l'11 Luglio 1880.

Entrambi robusti, han di poco varcato i 50 anni. Il primo è infermo da tre anni, l'altro da due anni. La raucedine, poco marcata nel secondo, è invece spiccata nel primo, il quale, poscia, nel 16 Settembre perdette completamente la voce.

L'esame laringoscopico in entrambi mostra che dal ventricolo di Morgagni di sinistra vien fuori una neoplasia fatta da numerosi lobuli riuniti, di colorito roseo, non ulcerata, che si eleva in alto e protrude nella rima glottidea. La diagnosi di un sarcoma è fatta in entrambi a primo acchito, laonde ricuso ogni trattamento locale. Riosservo il primo il 22 Febbraio 1880, con sintomi di grave stenosi. Indico la tracheotomia, che non viene praticata. L'infermo muore soffocato.

L' altro, dopo qualche mese presenta del pari aumento del tumore, che non è punto ulcerato; ma la voce migliora, perchè svolgendosi quello nella cavità, permette ancora la vibrazione della colonna d'aria ascendente.

Nel Settembre 1881 è incolto da gravi fenomeni dispnoici, ed in mia assenza, operato di urgenza di tracheotomia.

Il mio aiuto, Prof. Masucci, constata che la neoplasia occupa quasi tutta la cavità. L' infermo muore poche ore dopo l' operazione.

In altri 2 casi, io non potetti fare che una semplice osservazione; gl' infermi mi sfuggirono dopo; il tumore sorgeva, pure queste altre due fiate, da uno dei ventricoli. L' ultima è di rilievo:

Osservazione xix. — Il 7 Gennaio 1884, il Dottor Caramelikis gentilmente mi faceva osservare il Sig. Minoto, di Zante, di anni 38, di buona costituzione, il quale un mese prima (il 16 Dicembre 1883) era stato operato di tracheotomia, a Zante, per un enorme tumore della epiglottide, che fu diagnosticato un epitelioma.

L' osservazione diretta mostra le due aritenoidi tumide, più la destra; l'epiglottide è mutata in una grossa massa che impedisce l'esame della cavità laringea. Il tumore è irregolare e granuloso di superficie, non presenta soluzioni di continuo, ha colorito roseo-pallido; è più lussureggiante a destra. In mezzo rimane una linguetta che appena ricorda l' opercolo. Le glandole sotto-mascellari e profonde del collo sono ingorgate Per le anzidette ragioni, mi pronuncio più per un sarcoma. L' infermo rimpatria, e seppi che per un mese migliorò, ma poi i fenomeni di cachessia e l' aumentato ingorgo delle glandole impensierivano i curanti, che gentilmente mi vollero consultare per lettera. L'ammalato, qualche tempo dopo, morì.

I sarcomi, che Müller chiamò *tumori fibrosi albuminoidi*, Lebert *fibro-plastici*, Paget *fibroidi recidivanti* (*recurring-fibroid*), altri *tumori a mieloplaxi*, constano di cellule fusiformi lunghe, disposte a strati e così che le estremità degli elementi di uno strato vadano a contatto con le porzioni piane di quello prossimo. In qualche circostanza, come Paget osserva, si veggono distintamente dei nuclei (*tumori fibro-nucleati*); in altre, tessuto embrionale e sostanza fondamentale poco abbondante, con cellule solide e piccole.

Nella laringe non hanno, all' aspetto, un carattere proprio, e tutte

le osservazioni da me riferite lo confermano; anzi l'elemento più concludente per la diagnosi clinica (non essendomi mai riuscito di poterne fare l' esame microscopico) era la recidiva, l' aumento considerevole in volume, l' ingorgo dei linfatici. Ora sono di superficie scabra, ed ora levigata; ora bianchicci, ora rosei o rossi. Si sono veduti in tutt'i punti della cavità, ma la prevalenza pei ventricoli di Morgagni mi ha fatto (in una comunicazione letta al Congresso laringologico internazionale di Milano) elevare a criterio di grande valore la sede d' impianto.

Certo è che un giudizio inappuntabile rappresenterebbe il desiderato per una indicazione classica, l' estirpazione della laringe, sulla quale dovrò rivenire a proposito della cura.

Carcinomi. — Ho accennato nel § V. alle ragioni per le quali ho compreso tra i neoplasmi della laringe i carcinomi. Per ragion di struttura parlai dell' *epitelioma*, dopo dei *papillomi*, e l' ultimo studio abbozzato è quello dei *sarcomi*, che tengono la via di mezzo tra i *tumori benigni* e *maligni*, come continua a chiamarli la Clinica. Sicchè non mi resta a dire se non del *carcinoma*, nello stretto senso della parola (1).

Assai bene Fauvel spiega la creduta rarità dei carcinomi primitivi della laringe (i quali si ritenevano sempre diffusi dalle parti limitrofe), con la omissione dell' esame laringoscopico. Invece, quando la diretta esplorazione ebbe voga e credito, le osservazioni si andarono semprepiù moltiplicando, sì che oggi è perfettamente accettato che i carcinomi primitivi della laringe sono abbastanza comuni a vedersi.

Delle varietà del cancro (sempre fatta astrazione dall'epitelioma), nella laringe non è stato osservato e descritto che l' encefaloide.

La membrana fibro-elastica della mucosa laringea segue allo strato epiteliale ed al tessuto sotto-mucoso, e mentre è rispettata dalle neoplasie che più volentieri si originano dagli strati superiori (epitelioma, encefaloide) oppone altresì una resistenza allo sviluppo del neoplasma, il quale cresce per questa ragione, più nel lume della laringe.

---

(1) Fauvel tratta promiscuamente dell' epitelioma e dei veri carcinomi. Malgrado che per le vedute cliniche egli sia perfettamente nel vero, e forse anche per quelle istologiche (se le osservazioni di Waldeyer, cioè che tumori carcinomatosi primarii non possano sorgere che da organi dotati di epitelio, saranno per essere generalmente accettate), io ho preferito seguire la vecchia classifica. « Gli epiteliomi posseggono sempre la struttura ed il modo di sviluppo del tessuto epiteliale; i carcinomi presentano nel loro modo di sviluppo e nella loro struttura, il tipo del tessuto connettivo. » (Virchow, Cornil e Ranvier). Ma non posso tacere che l'illustre professor G. Bizzozero, che ha grande autorità in Italia e fuori, caldeggia la dottrina dell'origine epiteliale del cancro, senza negare che talora parte dei suoi elementi derivano in ultima analisi da una trasformazione delle cellule semoventi del tessuto connettivo. Onde egli divide i tumori cancerosi in due classi: *cancri derivanti dall'epitelio propriamente detto* (cancri epiteliali e cancroidi); e *cancri derivanti dagli epitelii glandolari* (cancri midollari, fibrosi e gelatinosi):

L' encefaloide esordisce sotto forma mal limitata; è poco voluminoso; liscio, di color rosso abbastanza carico. Con l' ulteriore sviluppo, ch'è rapido molto, si delinea l' aspetto bernoccoluto della superficie; questa diviene rosa pallida con punti ecchimotici.

Lo sviluppo rapido non raggiunge il suo acme senza che sopraggiunga la fase ulcerante e la diffusione alle parti vicine, le quali involte nella evoluzione terminale, si scambiano, certe fiate, per il punto originario del neoplasma. Donde un vero imbarazzo per decidere quale sia stato il punto leso, e l' esattezza della classifica in sede, messa fuori da Fauvel (v. *Epiteliomi*) in carcinomi *primitivi*, *consecutivi* e *misti*.

A misura che il tumore guadagna pure nella profondità, i tessuti sottostanti ne risentono, e così si arriva alla pericondrite secondaria, che col suo corteo della infiltrazione collaterale, aggrava i guasti locali e concorre a restringere semprepiù il lume laringeo. Ei può darsi ancora che la pericondrite prevalga; che termini in una raccolta purulenta, e che spontaneamente od artificialmente vuotata, determinando un certo alleviamento, inganni sul decorso vero dell' affezione primaria.

Fauvel, riguardo a sede, poggiandosi sui suoi 37 casi stabilisce una prevalenza per il lato sinistro (affetto 26 volte): corde, ligamenti, mucosa aritenoidea. Ma, francamente, le ragioni alle quali l'autore accenna non sono delle più convincenti. Io, per esempio, ho osservato 5 volte l' encefaloide, due volte era a destra, 2 a sinistra, 1 sull'epiglottide. E poichè si dice che questa non è di frequente colpita (tanto che non è menzionata da Fauvel se non una sola volta), credo non fuori di proposito riferire una storia:

OSSERVAZIONE XX. — Il 10 Dicembre 1872, fui chiamato presso la Signorina Feola, una donna a 40 anni, nubile, in preda a grave disfagia.

L' inferma era sparuta, anemica: avea voce nasale, ma punto dispnea, nè seppe dirmi da quando erasi appalesata la difficoltà ad ingoiare. Non poteva abbandonare il letto, tant' era debole.

L' esame laringoscopico svelò una vera massa fungoide, tutta bernoccoli, di color rosso-fosco, che sostituiva per intero la epiglottide e s' infiltrava lungo il ligamento ari-epiglottico sinistro. Il tumore era ulcerato in varii punti e coverto da sanie che emanava odore cattivissimo. Malgrado l' enorme sviluppo che la epiglottide avea assunto, dai punti ulcerati lo sguardo raggiungeva la cavità, per lume e colorito, normale.

I ganglii peri-laringei, sotto-mascellari e retro-cervicali di sinistra erano assai ingrossati, di durezza marmorea.

Qualche giorno dopo, l' inferma cessò di vivere per esaurimento.

L' encefaloide della laringe non differisce per struttura da quello delle altre regioni. Le trabecole connettivali sono sottili; gli spazii alveolari grandi, e per la poca resistenza della trama fibrosa, le emorragie sono facili e danno un colore variato alle parti, che appaiono grigie, rosse,

rosee, giallastre. Nella forma *pultacea*, alla pressione geme un liquido denso ed abbondante. Il tumore è suscettibile ad infiammarsi ed ulcerarsi dietro intensa proliferazione degli elementi cellulari liberi contenuti negli alveoli, che meglio appariscono quando si addizioni dell'acido acetico, e che, contrariamente a quanto succede per gli elementi dell'epitelioma, riprendono la forma delle cellule embrionali.

VII.

Dopo questa non breve disamina, noi giungiamo ad una considerazione generica assai precisamente formulata da Mackenzie, e che riproduco con qualche modifica, cioè che: la origine dei varii neoplasmi laringei si ripete da turbamenti che avvengono o nel connettivo (*tumori fibro-cellulari, fibromi, mixomi, sarcomi fascicolati, lipomi*); o nell'epitelio sia cilindrico, pavimentoso o ghiandolare (*tumori epiteliali benigni, papillomi, epiteliomi, cancri midollari, fibrosi e gelatinosi*); o nelle glandole e nei vasi, che sono gli elementi contenuti nel tessuto congiuntivo (*cisti, adenomi ed angiomi*).

Non è raro il caso, però, che tutti questi neoplasmi offrano una tessitura complicata; ed allora è difficile una deffinizione precisa della loro indole. Bisogna tener calcolo degli elementi predominanti ed impartire un nome che li precisi; ovvero chiamare il tumore composto: così, sempre per denotare la struttura, si dice: tumore fibro-cellulare o fibro-epiteliale, fibroma cistico, angioma cavernoso ecc. Bene a ragione Cervesato, parlando del connubio delle cisti con altri tumori della laringe, osserva che l'iperplasia della mucosa e del tessuto sotto-mucoso, per lo spostamento e la trazione dei condotti escretori delle glandole ne favorisce l'ectasia e la trasformazione cistica. Particolare riguardo merita l'esame istologico del tumore della osservazione IV (pag. 66) in cui l'apparente formazione di lacune, ravvicinava la sua struttura a quella del fibroma mollusco.

La struttura è pure quella che ci rende conto di talune *fasi* alle quali vanno incontro le neoplasie entro la cavità della laringe. Evidentemente vi sono tumori che hanno poca tendenza a crescere (i fibromi, i tumori amiloidi ecc.) ed altri che guadagnano un volume considerevole (papillomi, lipomi, sarcomi, cisti ecc.). La stazionarietà, sovente, è subordinata all'assenza od alla persistenza di stimoli patologici, ma è esponente abbastanza fedele della natura del tumore.

I papillomi sono caduchi; a misura che aumentano gli strati epiteliali e le digitazioni, la nutrizione ne scade, e così, senza che avvenga un processo necrobiotico, ma per semplice separazione, ovvero per il peso, non è infrequente vedere espellerne pezzi più o meno grossi.

Questi stessi, se sono bersaglio di continua irritazione, infiammano ed ulcerano. Anzi, in generale la infiammazione e la ulcerazione, per

le anzidette ragioni, si comprendono perfettamente, eziandio per quei neoplasmi laringei che rimarranno in tutto il loro decorso un prodotto locale.

La *recidiva* vuol' essere interpretata nel suo giusto significato; per i tumori a rapida evoluzione, nulla di speciale v' è ad aggiungere; ma per i papillomi, io convengo interamente con Cervesato, il quale in un altro suo pregevole lavoro ha fatto notare che erroneamente si crede ad una riproduzione, quando si dimentica che vicino alle papille patologicamente e macroscopicamente ammalate, ve ne sono delle più piccole nelle quali l' esagerato lavorio formativo o comincia, od esiste in potenza. Ciò esclude quello che falsamente erasi creduto da taluni circa le proprietà contagiose del papilloma o del sangue che ne cola, mentre ci richiama alla disposizione ad ammalare di quel dato tessuto, nel senso come l' ha dimostrato Virchow.

Lo sfregamento di certe parti della neoplasia (continuo, inesorabile per le funzioni della laringe) contro le corde vocali, od altre regioni o produzioni patologiche, finisce per determinare una necrosi parziale, che termina talvolta con la eliminazione del tessuto mortificato. Per vero, quei punti nerastri che certe fiate si vedono all'estremo libero dei tumori rotondi, lobati, mobilissimi (v. osser. X a pag. 73), non meritano differente interpretazione, e per la loro posizione ne svelano senz'altro la cagione.

In generale i tumori laringei han poca tendenza alla metamorfosi regressiva, sebbene la degenerazione grassa sia stata vista nei papillomi.

I caustici, lo schiacciamento, promuovono e favoriscono la fase regressiva che attizzano, e Mackenzie, in un caso di sarcoma fascicolato, osservò la saponificazione.

La enucleazione dei tumori involti in una capsula o buccia protettiva, non si può intendere altrimenti che, o invocando un processo ulcerante della veste, od uno scoppio di questa per aumento del nucleo centrale. Un caso molto istruttivo è riferito da Labus; il tumoretto, grosso come una capocchia di spillo, di color rosso-vivo, venne espulso sotto un violento colpo di tosse.

Se trattasi di una cisti in via di notevole accrescimento, può in seguito ad atrofia delle parti accaderne perforazione e vuotamento; ma questa è lungi dall'essere la guarigione deffinitiva, come già feci notare. Ovvero, in circostanze ancora più eccezionali, il contenuto cretifica (v. osserv. XI a pag. 74) e la cisti diminuisce di volume; il che rende conto del come taluni fenomeni (la voce nella citata osservazione) spontaneamente si emendano.

Le trazioni, se il neoplasma è peduncolato, distaccandolo in massima parte, assottigliano il picciuolo in modo che, in epoca più tarda, ciò che resta viene spontaneamente espulso. Così la natura completa una cura malagevole, nella quale la indocilità del paziente è il maggiore ostacolo. Ecco una osservazione che comprova codesta possibilità:

Osservazione xxi. — L'on. D., sul margine libero della parte centrale della corda vocale destra presentava un tumoretto, che avea le parvenze di un fibroma, piccolo come cece e trilobato. Dal sondaggio ottenni una più che mediocre tolleranza, ed obbligato ad operare (nel maggio del 1882), io dovetti lottare con una iperestesia incredibile. Due volte asportai i pezzetti più grossi, ma ne rimaneva un avvanzo, attaccato per un esile peduncolo, come si rileva dalla fig. 10.

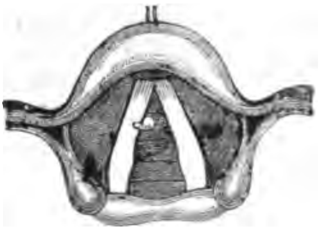


Fig. 10.

Un giorno, mentre mi accingeva a nuovi tentativi, il cliente sotto un colpo di tosse cacciò il residuo del piccolo fibroma.

La pressione, esercitata dalle sonde o durante tentativi di operazione, può, spremendo da un tumore cistico o fibro-cistico il contenuto, determinare considerevole avvizzimento, sì che a stento si ravvisa il neoplasma. Tanto è accaduto a me una volta:

Osservazione xxii. — Nell'anno scolastico 1883-84 io avea scelto un bell'esempio di fibroma cistico della corda sinistra, che dovea operare col serranodo di Stoerk innanzi ai giovani che frequentano la mia scuola all'Ospedale clinico. Il tumore (svolto in una donna di oltre 50 anni) era voluminosissimo, mobile, marezzato, duro-elastico, pendente dal margine libero della corda nello spazio sotto-glottico, a mò di otre.

La respirazione e la voce ne erano grandemente compromesse, perchè il tumore occupava la maggior parte della rima glottidea; l'inferma era assai tollerante. Feci il sondaggio pochi giorni, ed in quello precedente all'operazione, riuscii ad impegnare completamente nella guida del portalaccio il neoplasma; mi bastava stringere l'ansa, per asportarlo; ma io avea dato convegno ai miei discepoli.



Fig. 11.

Nel disimpegnare la guida, certamente ho dovuto farlo con un discreto attrito contro il tumore, perchè la donna emise parecchi sputi di sangue, e quando venne il giorno dopo, avea voce pressochè buona e respirazione libera. Al luogo del tumore, non v'era altro che un brano di tessuto floscio, il quale (v. fig. 11) riproduceva in miniatura la forma di quello; seduta stante lo asportai.

Infine aggiungerò che la estirpazione dei papillomi, può nella giovane età suscitare una pericondrite, la quale, se prende favorevole piega, termina con rapida e completa guarigione del tumore. Un esempio sarà più dimostrativo di qualunque teoretica discussione:

OSSERVAZIONE XXIII. —Un ragazzo a 12 anni(certo Arzillo) osservato da me la prima volta il 2 Giugno 1883, presentava un grosso papilloma della commessura, come lo dipinge la figura 12. Era afono ed in preda a grave e minacciante laringostenosi. Per la quale, per la indocilità del ragazzo, la natura del neoplasma facile a recidivare e la lontana dimora (era accolto nell'Istituto Artistico di S. Lorenzo in Aversa), consigliai prima la tracheotomia e poscia la cura per le vie naturali.



Fig. 12

Fui gentilmente invitato ad operare, alcuni giorni dopo; erano presenti varii assistenti e medici. Autorizzato ad agire come mi talentava, disposi tutto per la tracheotomia, ma volli fare prima un tentativo di asportazione per le vie naturali. Con la luce solare, e dopo lotte inaudite, riuscii in due o tre volte ad asportare, in quell'unica seduta, tanta parte di neoplasma, che la voce ed il respiro ne migliorarono in modo da scongiurare la grave operazione progettata. Il ragazzo migliorò assai, ma dopo pochi giorni comparve febbre alta e mal di gola, e più tardi novella difficoltà nel respiro ed afonia. A capo di breve tempo l'Arzillo espettorò sotto conati di tosse, pus abbondante e fetido, e subito migliorò. La febbre ricomparve gagliarda dopo altri giorni, ed allora la regione esterna della laringe divenne tumida e dolente. Aumentando sempre la flogosi flemmonosa, necessitò una incisione, da cui usci ancora abbondante quantità di pus.

Rividi in Napoli il paziente afono; ma la interna cavità era *libera*, *completamente libera* dalla neoplasia. Evidentemente trattossi di pericondrite delle lamine interne ed esterne della tiroidea.

Qualche mese dopo la voce ritornava, ed il ragazzo ora sta benissimo.

Queste cose che ho voluto scrivere intorno alle fasi possibili di certi tumori laringei, ricevono una vasta applicazione nel pronostico e nella cura, precisamente come le note obiettive tanto interessano la fenomenologia. — Se fui, adunque, un po' prolisso, trattandone, potrò essere, per compenso breve quando tra non molto riassumerò la storia clinica, principale obiettivo della pratica, alla quale ho votato la presente casuistica.

VIII.

Un' altra quistione che dobbiamo ora affrontare, è quella relativa ad *etiologia*. Com' è che si originano i tumori laringei? qual rapporto esiste tra il loro sviluppo e certi agenti morbosi? quale influenza vi hanno l'età, il sesso, il temperamento? Rispondere a queste dimande

non è facile: per altro io mi studierò confortare codesto responso dell' autorità della pratica, e spero che non sia per dispiacere l' indirizzo che vado a seguire nella disamina delle cause morbose.

Mi affretto però a dichiarare che quando si studia da un punto di vista generale l'etiologia di un morbo qualsiasi, non s' intende affatto stabilire un rapporto tanto intimo e preciso da cui consegua che data la tale cagione, l'effetto ne sarà il tale altro. Ciò non vale nemmeno pei morbi infettivi, e quando vediamo di molti individui esposti alle medesime influenze morbigene, ammalarne soltanto un dato numero, noi rivolgiamo la nostra attenzione alla recettività, alla resistenza dell'organismo ed a tanti altri elementi che si presume esistere, ma che si è lontani abbastanza dal dimostrare matematicamente veri.

Per i neoplasmi della laringe, adunque, tutte le cagioni morbose si potrebbero dire semplicemente *predisponenti*; perchè il tumore si sviluppi, ci vuole qualche altra cosa che noi non sappiamo, nè sapremo mai, e che continueremo a chiamare disposizione organica, suscettibilità individuale ed altre cose belle.

Io credo che sia abbastanza esatto distinguere le cause che l' esperienza ha dimostrato contribuire allo sviluppo di un neoplasma laringeo, in tre categorie:

La prima, in cui le cagioni si compendiano nella influenza di una malattia infettiva o discrasica; la seconda, nella quale non si ravvisano che stimoli agenti sulla località; la terza, in cui manca ogni cagione apprezzabile, e non resta che invocare un' alterazione nutritizia svolta in massimo silenzio, e senza che il medico od il paziente ne sappiano il come.

Messa così la tesi, in termini generali, tentiamo di studiarla nei suoi dettagli.

1) La influenza della *sifilide* sulla genesi dei tumori laringei, è stata ammessa da tempo remoto, ed accettata pure dai moderni. Trattandosi di pure e semplici interpretazioni, la questione è stata assai pregiudicata, specialmente dopo le insinuanti assertive di Virchow, il quale alla « *influenza delle diatesi* » tende sostituire la « *disposizione dei tessuti* ». Ancorchè ammessa fino alla evidenza la sifilide, il neoplasma laringeo può essere una complicanza, e la osservazione spregiudicata mostra che tra gl'individui affetti da tumori della laringe, i sifilitici vi figurano tanto scarsamente, che non si può assicurare alla infezione celtica una parte importante. Aggiungasi a ciò che i noduli, le papule, i condilomi, e perfino i tumori gommosi (2 ne abbiamo compreso nella presente statistica perchè il quadro obiettivo di questi è degno di menzione) sono produzioni specifiche suscettibili di venire riassorbite in loco e scomparire dietro una cura generale, ciò che non succede affatto per i tumori in genere, se si prescinda dalle strane ed eccezionali fasi alle quali volgemmo più sopra un rapido sguardo.

In mezzo a tutto questo, resta nondimeno vera una cosa: ed è che la infezione sifilitica ha una speciale tendenza a provocare catarri laringei, e la ripetizione di questi si traduce in uno stimolo che mena alla formazione di veri tumori.

Dicasi altrettanto della *tubercolosi laringea*: esplicita nelle sue manifestazioni iniziali, essa non concorre allo sviluppo di veri neoplasmi, che con una serie di laringiti intercorrenti, o con la formazione di vegetazioni connettivali. Ogni grave processo ulcerante (la sifilide a preferenza) può metter capo a queste; codesta nozione è utile per non equivocarlo con i papillomi. Ma scansato l' errore, è a dire che il laringoscopio abbia messo in evidenza piuttosto un' antitesi tra queste malattie diatesiche ed i neoplasmi laringei; onde l' attenzione è rivolta ad altri fattori, a cause di genere diverso.

Sulla così detta *diatesi cancerigna*, io non aggiungerò che due parole, e saranno la mia professione di fede.

Noi altri Italiani, che divenimmo i più fedeli seguaci delle teorie germaniche, ridemmo dei nostri maggiori e di taluni valenti campioni della scuola francese, quando udimmo a parlare di certe entità morbose che esistevano nella mente di taluni pratici (diatesi erpetica, diatesi cancerigna e via dicendo). Ed era giusto; perchè l'anatomismo moderno aveva concretizzato i suoi studi sugli elementi staminali, e l'umorismo ebbe dalla scuola dell'immortale Virchow il più brutto tracollo. Ma quando in pratica noi vediamo il cancro sorgere ora in quella, ora in quell' altra regione, ora nei discendenti d' un padre canceroso, ora nei fratelli, ora nei parenti più lontani, è per lo meno giusto il pensare che la congenita disposizione di certi tessuti ed ammalare se la batta con una influenza morbigena la quale mette le sue radici in un tessuto più vitale e più diffuso, voglio dire il sangue. Ho udito a Parigi, in bocca ad uomini che tutti riconoscono per eminenti, questa stessa dottrina, e confesso che dopo averne riso tra me e me, io educato alla scuola moderna, ho finito per ripensarvi sopra un bel pezzo dopo, quando nella pratica era chiamato a decifrare i fatti; e sebbene tuttora io ripugni dall' abbracciare, più che sostenere questa teoria, devo però confessare che essa sta come uno spettro dinanzi alla mia coscienza, e qualche volta sarei tentato di professarla!

Comunque vadano le cose, certo è che io medesimo fui testimone di fatti curiosissimi, tra i quali mi piace ricordare quello di due fratelli colpiti ad età pressochè eguale da epitelioma laringeo, entrambi tracheotomizzati, entrambi morti. Qui, la identità della sede mette molto sul conto della disposizione dei tessuti; ma fuori dubbio è assai arduo spiegare come e perchè questi due soggetti, che durante tutta la vita non avevano avuto nessuna grave malattia della laringe, in un dato momento ammalano di cancroide proprio nello stesso organo. Ecco in breve le due osservazioni:

OSSERVAZIONE XXIV. — Nel 1872 fui consultato dal sig. L. Piro, un uomo a 50 anni, di bassa taglia e rachitico; egli soffriva di dispnea e raucedine che erano venute su, senza cagioni apprezzabili. Nessun segno di lue celtica. L'esame laringoscopico mostrava, durante la fonazione, libera e normale la cavità: durante la inspirazione si notava imperfetto movimento di abduzione delle corde, specialmente a sinistra, ed al disotto di queste, piccole vegetazioni mobili che doveano essere attaccate alla superficie inferiore, simili ad escrescenze papillari. Dopo due anni, durante i quali io non vidi che due o tre volte l'infermo (avendo giudicato impossibile qualunque operazione per le vie naturali), l'esplorazione laringoscopica mostrò in via di aumento la stenosi per cresciuto difetto di abduzione delle corde, ed una secrezione fetida che mi fece credere all' epitelioma sotto-glottico.

Nel Settembre 1874, stretti dalla urgenza, fu decisa la tracheotomia, splendidamente eseguita dal professore d' Ambrosio. Ma la secrezione purulenta aumentava. Cominciarono (a capo di qualche mese) piccole emorragie dalla cannula; indi vi fu difficoltà di respiro, malgrado la cannula, e marasma che trasse al sepolcro l' infermo, il 6 Dicembre 1874.

OSSERVAZIONE XXV. – Insieme al professore d'Ambrosio io vidi in agosto del 1876 il sig. G. Piro, fratello all' individuo soggetto della precedente osservazione, di migliore costituzione, di 56 anni, quasi afono e leggermente dispnoico. L'esplorazione laringoscopica era delle più imbarazzanti, giacchè non si notava altro che una tumefazione della falsa corda vocale sinistra. V'era da pensare ad una ulcerazione; pure invano si cercò la sifilide ed il tubercolo, sicchè sin dal primo esame sospettai un neoplasma nel ventricolo del Morgagni. Feci una cura dilatatoria col processo di Schrötter, e l'infermo guadagnò la voce, ma la perdette poco dopo senza cagioni apprezzabili. Sursero poi fenomeni dispnoici, e dal ventricolo veniva fuori una vegetazione che confermava la già fatta diagnosi. La stenosi aumentò di tanto che fu necessario ricorrere alla tracheotomia, la quale venne eseguita come meglio non si potea dal professore d'Ambrosio. L'infermo soccombette molti giorni dopo l'operazione, per complicanze estranee a queste e che io non saprei precisare giacchè non vedeva più da un pezzo il paziente. Nella laringe, che per insistenza della famiglia venne esaminata dopo morte, si rinvenne e fu riconosciuto un epitelioma del ventricolo sinistro.

Innanzi di stendere un largo tratto di penna su questa prima categoria di cagioni, era giusto che noi riferissimo al lettore quel po' che si conosce; ed ora per chiudere questo periodo aggiungerò poche cose intorno ai morbi acuti infettivi.

Lewin suppose che il vaiuolo, la scarlattina, il morbillo e l'eresipela (indipendentemente dalle laringiti secondarie che sogliono suscitare), favorissero l'origine dei polipi laringei, similmente al crup ed alla tosse convulsiva. Da diligenti osservazioni compiute durante il periodo laringoscopico, mentre da un canto si sono isolate e distinte le forme specifiche che nella laringe suscitano queste malattie infettive, dall'al-

tro vi è stato luogo a convincersi che esse, in tanto prestano terreno favorevole ai neoplasmi, in quanto espongono la mucosa laringea a ripetute congestioni, e per la tosse convulsiva si è perfino elevato il dubbio che la forma clinica non fosse stata equivocata con quella d'un polipo laringeo.

In fine, tenendo calcolo dei possibili tumori congeniti, queste malattie generali perdono sempre più valore, e forse col tempo non resteranno che semplice ricordo di complicanze patologiche.

2) La seconda categoria di cause che contribuiscono allo sviluppo di un neoplasma laringeo, riguarda quelle che si compendiano in altrettanti stimolí diretti. Esiste in vero un certo rapporto tra l' azione di varii stimoli abituali e l' esistenza del tumore: un rapporto che la pratica accetta senza tema di errare, perchè parecchi infermi subirono la stessa influenza e furono vittime del medesimo prodotto.

Non si saprebbe negare che quando l' aria che si respira non è equilibrata alla temperatura delle mucose interne, quando è impura, satura di polviscoli atmosferici, pregna di fumo, e si pratica e si vive in quell' ambiente, la conseguenza sia una irritazione abnorme. Non si saprebbe negare che gli sforzi della voce, l' abuso del canto, il gridare, il respirare gaz e vapori irritanti, l' ingoiar fumo di sigarette, non finisca se non con una stimolazione della laringe. Per poco che lo stimolo si perenni, per poco che gli attacchi di catarro succedano con pertinacia e frequenza, ne deriveranno cangiamenti nutritivi e disquilibrio nella vitalità dei tessuti. Specialmente dalla deplorevole abitudine dell' ingoiare il fumo, io ho veduto tristi conseguenze, sia su preesistenti malattie della scattola della voce, sia sulla genesi di neo plasmi; e dichiaro nella maniera la più esplicita che non è punto una esagerazione od una idea preconcetta, ma una coincidenza rilevantissima in molti dei 200 casi della presente statistica.

Certo che se non ci è dato accompagnare lo stimolo morboso fino allo sviluppo del tumore, noi possiamo girare la questione nel senso che i ripetuti catarri, le ripetute iperemie, finiscono per turbare la nutrizione, in modo che in ultimo ne risulta una lesione di maggiore entità.

I migliori trattati concordemente assegnano alla *cronica iperemia* una influenza marcatissima, e certe volte ad una flogosi *acuta* o *subacuta*; laonde il catarro piglia tra tutti i menzionati stimoli locali il disopra, e si ritiene, a dritto od a rovescio, una delle più culminanti cagioni predisponenti dei neoplasmi.

Bresgen senza accordare virtù patogena specifica ai parassiti (schizomiceti o di natura amiboide) che talora si trovano, porta opinione che essi esercitano favorevole influenza sullo sviluppo di quelle laringotracheiti, accompagnate o no da erosioni, le quali precedono lo sviluppo di tumori maligni. Una volta, da un celebre Professore del quale tutta

Italia ha rimpianto la perdita, io seppi (quando lo visitai in Bologna perchè colpito da epitelioma laringeo) che egli continuamente rinveniva dei parassiti nella secrezione, ciò che costituiva per lui una fondata lusinga di guarigione.

3) La terza ed ultima categoria di cause riguarda quegl' intimi disturbi di nutrizione che invano si cercherebbe di precisare. Io, per una lunga esperienza sono convinto che vi ha un numero non piccolo di neoplasmi laringei nei quali per la vita ordinaria, il temperamento e la costituzione organica ed il modo onde erasi svolto il tumore, non si potea carpire verun momento apprezzabile. Aggiungasi che tranne il neoplasma, non si ravvisa traccia alcuna d'iperemia: di questo fa fede chiunque ha una certa familiarità col laringoscopio. Nè è ad objettare che la iperemia siasi dileguata: sarebbe illogico pensarlo, quando la presenza di un tumore, nonchè a parennare quella, vale a provocarla. Ebbene, mentre sogliamo vedere qualche volta un grave catarro laringeo compagno del neoplasma, qualche altra vediamo contrastare con esso la bianchezza delle corde, il pallore della mucosa.

Ho osservato un mixoma in giovane donna che mai presentò tendenza ai catarri, nè avea abusato della voce; l'adenoma una fiata si svolse in soggetto robustissimo, nel quale invano si cercava codesto stimolo locale, ed ho finito per convincermi (moltiplicandosi quotidianamente gli esempii), che allora, più che invocare questa malefica congestione, era mestieri riconoscre un intimo dissesto nutritizio, ora nelle glandole, ora nelle papille, ora nel connettivo. Nei papillomi diffusi, dirò di più, a me sembra lecito ammettere una sorta di contagio locale nel tessuto da cui si originano; nei bambini, in assenza delle cause più comuni e più note, questi, per la pertinacia e la diffusione alle parti ancora sane, acquistano tale importanza nosologica, che forse meriterebbero un posto segnalato. A capo di un lungo periodo di tempo, subentra la tregua, ed allora quella stessa cura che invano lottava con la ostinata riproduzione, opera veri miracoli, e si può perfino lasciare a loro stesse parecchie vegetazioni, sicuri di vederle avvizzire. Questo dissesto nutritivo è latente; nessun fatto svela la cagione morbigena più prossima; l'alterato ricambio materiale della parte ammalata riconosce quale movente non già l' impressione del freddo, del fumo, degl' irritanti, ma una deviazione dalla maniera solita onde la nutrizione si compie.

Il che, concludendo, vuol dire che se in alcune condizioni ci è dato invocare con una certa autorità le più ordinarie cause (tra le quali le meglio note sono gli stimoli locali e la iperemia a cui mettono capo), in altre dobbiamo fare delle ipotesi, e quella che non apre guerra a nessuna teoria, è la più semplice e la più razionale: l'alterato movimento nutritizio in seno ai tessuti dell' organo.

Premesso ciò, potremo vedere d'un sol colpo d' occhio la parte che prendono ai tumori della laringe, l' età, il sesso, la occupazione.

Età. — Sembra bene provato dalle più numerose statistiche che i polipi laringei si osservano con massima frequenza nel periodo medio della vita. È pure dimostrato che, senza negare la possibilità di polipi congeniti, questi non rappresentano se non la eccezione; è fuori dubbio che gli ostacoli per una esplorazione laringoscopica nei soggetti di tenerissima età, la facilità con la quale le balie e le nutrici confondono la voce articolata con un semplice suono, e la probabilità di giungere ad un periodo di vita in cui è anche più difficile rimontare ad una origine congenita, siano ostacoli assai serii per chiarire un così grave argomento; ma la relativa letteratura ci ha oramai convinto che i casi di polipi congeniti si debbano registrare come altrettante rarità scientifiche.

La presente statistica mette sempre più in chiaro la prevalenza dell' età adulta: anzi io, pur confermando questo dato (spiegato luminosamente dall' entrata in campo di tutti gli stimoli locali già innanzi mentovati), vorrei fare un passo più oltre, perdire che: dai primi anni di vita fino al decimo, i tumori laringei appartengono *quasi esclusivamente* ai papillomi diffusi, e passato il quinto decennio, le maggiori probabilità sono per le forme ad evoluzione rapida. Sono stato talmente colpito dalla costanza di questo fatto nelle osservazioni qui registrate, e nelle altre che ho avuto continuamente l'agio di fare, che sarei tentato di fabbricarne proprio un canone clinico, se non temessi di cadere in una pericolosa esagerazione.

Nella nostra statistica, in vero, si trovano sopra 200 casi 6 individui della età di 1 a 10 anni: ebbene sono questi raggruppati sotto la medesima rubrica dei papillomi diffusi. I 16 casi di epiteliomi, i 5 di encefaloide, i 6 di sarcoma, si riferiscono a soggetti che varcavano o già aveano varcato il 50° anno, e, salvo qualche eccezione, tutti i rimanenti riguardano infermi dai 20 ai 50 anni di età: anzi là ove se ne trova qualcuno affetto da tumore benigno in età più avvanzata, è molto probabile che la origine rimonti ad epoca precedente.

L' età, quindi, può avere un valore, limitato bene inteso, sulla diagnosi in natura del neoplasma; e nei casi dubbi, cioè in quelli nei quali non si crede nettamente ad un tumore di rapida evoluzione, il criterio della età è bene invocato in ausilio.

Sesso — Dei detti 200 casi, 148 si riferiscono al sesso maschile, 52 al femminile. È ancora questo un piccolo tributo che sancisce quanto già era noto intorno alla prevalenza del sesso maschile, come ognuno si convincerà riscontrando le più autorevoli statistiche.

Come spiegare questa predilezione? Lo si può con un rigore scientifico?

Io credo di no. Difatti se a prima giunta è a rispondere che come i tumori della laringe sono più frequenti negli adulti (esposti più a

certe cagioni morbigene), così debbono essere del pari più frequenti nei maschi perchè più del gentil sesso affrontano le intemperie, si espongono agli sforzi della voce, o lavorano in mezzo ad atmosfere viziate); non possiamo dissimularci essere codesta risposta meno esatta di quanto sembri a prima giunta, o per lo meno incompleta. Prima, perchè anche tra i soggetti di tenera età (quelli cioè nei quali le condizioni di vita restano le identiche, malgrado la diversità del sesso), si mantiene questa preferenza per quello maschile (Causit); e poi perchè senza negare il valore di certi stimoli abnormi, io mi sono adoperato a far risaltare un terzo ordine di fatti negativi, una serie di cagioni ignote, rinchiuse in quel grande mistero della vita organica, in quel movimento intimo della cellula che sfugge alle lenti del microscopio ed ai reagenti del chimico.

Dunque, la prevalenza del sesso resta fino ad un certo punto una ignota, e dopo ciò non posso che ripetere apoditticamente: i tumori della laringe sono più frequenti negli uomini, anzichè nelle donne.

Arte, professione, mestiere — Malgrado questo pessimismo nella interpretazione dei fatti, io non disconvengo che il *modus vivendi* ha una buona parte nella produzione dei tumori laringei. È superfluo largheggiare in parole sulle arti, le professioni ed i mestieri che più volentieri predispongono alla infermità di cui ci stiamo occupando: basterà ricordare quello che dissi enumerando la seconda categoria dei momenti etiologici, e che si compendia così: la iperfunzione dell'organo, la esposizione della mucosa a stimoli abnormi e continui. La infilzata dei nomi sarà lunga; e ci entreranno i cantanti allo stesso titolo dei professori, degli artisti e degli avvocati, i mugnai ed i magazzinieri di grano, i carbonai, coloro che lavorano nelle fabbriche di armi, negli opificii di chimica, nelle officine di bisciutteria ed orologeria, i militari che comandano all'aria aperta, i cacciatori di mestiere, esposti a vicessitudini d'ogni sorta e via avanti per tante e tante altre occupazioni.

Ed ora che sappiamo quali sono i tumori osservati nella laringe, qual valore hanno certi momenti etiologici, vediamo quali sono i segni coi quali si rivelano, o meglio qual'è il modo più giusto onde interpretare nel vero significato i principali sintomi morbosi.

IX.

Semprechè ci è concesso di fare direttamente l'esame di un organo, si arriva ad acquistare la convinzione che processi morbosi diversissimi per natura, disturbano la funzione in modo identico; e per la laringe, per un organo che, grazie allo specchio laringeo riesce sorprendere nei momenti di sua attività, nulla di più vero. La fisiologia e la fisio patologia, d'altra parte, ci hanno messo sott'occhi quel limi-

tato circolo entro cui la funzione si esercita; i riflessi nervosi ai quali prendono parte ora i muscoli inspiratori, ora gli espiratori, sicchè par quasi tutte le malattie laringee noi troviamo sempre gli stessi fenomeni che annunziano le sofferenze dell' organo: i turbamenti nella voce, nel respiro, nella deglutizione, la tosse, lo spasmo, i prodotti della secrezione. Questi talora sono isolati, talora congiunti tra loro; ora appena sfumati, ora accentuatissimi, e per ciò che riguarda i tumori, dipendono, con una costanza incredibile, da due fattori: il volume e la sede.

I fenomeni collaterali e generali che fanno corteo a questi e talfiata li dominano, sono ligabili o al decadimento dei poteri fisiologici, (se funzioni vitali rimasero a lungo intaccate) o alla natura del neoplasma; ma fuori di questo, supposto il prodotto puramente locale, noi non avremo a vedere che turbamenti nella fonazione, nella respirazione e nella deglutizione. Con questo indirizzo, la via più retta e più breve è una soltanto: spiegare il fenomeno con la nozione precisa del guasto locale; e per me che non ebbi in animo se non di presentare una raccolta di casi clinici, il cammino resta di gran lunga abbreviato; altrimenti io non avrei che a trascrivere dai migliori libri il capitolo più completo di sintomatologia, risparmiando fatiga al lettore e tempo a me.

Vediamo, perciò, alla buona, come ed in qual modo i neoplasmi producono un disquilibrio nelle note funzioni; perchè questo disquilibrio ora è massimo, ed ora minimo; se vi ha un rapporto tra lo sviluppo del tumore e la intensità dei sintomi. Ciò non è difficile, dopo che parecchie istorie furono redatte, e gli esempii non mancheranno, aggirandomi tra così vasto materiale.

Voce— La voce, malgrado la presenza di un tumore nella laringe, può restare per altezza ed intensità normale, e modificarsi soltanto nel timbro; può esser rauca od estinta del tutto; può subire curiose alternative, e certe fiate il suono cominciato troncarsi di botto.

Tutto ciò dipende dal volume, dal modo d'impianto, dalla sede del tumore, e dai fenomeni collaterali.

Non v'è in nulla una esatta relazione tra il volume del neoplasma e la gravezza delle alterazioni vocali; vi sono tumori enormi che quasi rispettano la funzione, e tumori piccolissimi che l' aboliscono interamente. Scelgo due casi concludentissimi; uno già noto, quello della osservazione V, un altro che racconto in due parole:

OSSERVAZIONE XXVI.—La Signorina Ajello Vincenza, nubile, a 32 anni, robusta, avea da cinque mesi perduta completamente la voce. Io la vidi il 9 febbrajo 1875. Esame difficilissimo—Sul margine libero della corda destra, verso l'angolo di commessura, v'era un tumoretto, grande quanto un seme di carruba, irregolare di forma, rosso-pallido di aspetto, pendente nello spazio sotto-glottico così da impedire

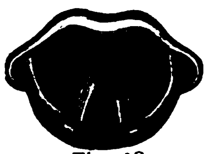


Fig. 13.

il ravvicinamento delle corde (v. fig. 13). Tre vegetazioni come grani di canape esistono disseminate sul terzo anteriore della corda sinistra.

Ebbene mettendo in relazione tra loro queste due osservazioni, e guardando la fig. 5 e la fig. 13 a pag. 67 e 95, il paradosso salta subito agli occhi. Ma ponendo mente alla sede ed al modo d'impianto dei tumori, noi ci rendiamo esatto conto del modo onde vanno le cose. Nella osservazione V, si tratta, è vero, di un enorme neoplasma, ma il ravvicinamento e la vibrazione delle corde non sono punto ostacolati; nessun attentato alla formazione del suono, il quale non trovando ampio lo spazio in cui deve risonare, acquista uno speciale timbro gutturale, monotono, poco metallico, ma nulla più. Invece, in quest'ultimo caso il tumoretto è piccino, ma per la sua mobilità esso s'interpone tra le corde proprio all'angolo di commessura, e ostacolandone il ravvicinamento lascia sfuggigire insonora l'aria; è uno *spandimento* di aria (*leakage of air* direbbero gl'Inglesi) bello e buono che si verifica. La prova più eclatante è che tolto il polipo, l'Ajello riguadagnò intera la voce. — Se il tumoretto fosse risieduto proprio sulle corde, rispettandone il margine libero (come ne offrono esempio numerosissimi casi miei) allora vi sarebbe stata semplicemente *disfonia*, cioè dissesti vocali, raucedine, proporzionata al grado onde è compromessa la vibrazione delle corde, e perfino voce bitonale, se vegetazioni rade e disseminate provocano veri nodi di vibrazione.

Non è necessario che il tumore sia tanto lontano dalle corde, come nel caso V, perchè la voce sia rispettata : potrei citare molti esempii per mostrare che neoplasmi grossetti, ma impiantati in modo da non ostacolare la funzione delle corde, poco o nulla turbavano la voce. Altrettanto può affermarsi pei tumori sotto-glottici, nè v'è d'uopo ch'io ripeta le cose già dette, per giustificarne la enunciazione.

Da quanto brevemente ho esposto, non reca meraviglia il sapere che certe fiate, mentre il tumore cresce, la voce migliora. Questo dipende da 2 condizioni; o da libertà che una corda guadagna, grazie al successivo sviluppo del tumore verso la cavità ventricolare (rileggasi la osservazione XVIII a pag. 81), ovvero perchè con l'ulteriore sviluppo, la massa stessa del tumore riduce lo spazio attraverso cui sfuggiva la colonna d' aria ascendente, e questa ridiventa sonora. Novaro ha osservato che alcuni suoi operati di estirpazione della laringe parlano discretamente bene senza apparecchio artificiale di sorta, e ciò qualunque sia la interpetrazione che il dotto Chirurgo vi darà, non può dipendere che da vibrazione di pliche mucose nelle cavità annesse; nella distruzione delle vere corde, talora le false esagerano il loro movimento sin quasi a ravvicinarsi e creare un novello mezzo fonetico; qual meraviglia se un tessuto patologico, dopo aver lesa la voce fino ad abolirla, perchè impedendo la chiusura del glottide rendeva insonora la colonna d'aria, au-

mentando di volume, in secondo tempo, riproduca le condizioni necessarie alla formazione del suono? Nello stato normale, le labbra di questo sfintere attraverso cui ne uscirà uno, sono le corde vocali; in condizioni patologiche, sono altri tessuti preesistenti o neoformati. La contropruova è che imprendendo la demolizione del tumore, la voce novellamente si estingue e l'infermo diffida delle assicurazioni del medico circa la progressiva miglioria. Questo è specialmente possibile nei casi di papilloma diffuso, come in modo singolare ho potuto studiare nelle seguenti osservazioni:

Osservazione xxvii, xxviii e xxix. — Una Signora maritata (Forcillo), un giovane calzolajò di Lanciano (Bomba), una giovanetta di Positano (M. Cinque) sono i soggetti di queste storie. Tutti 3 presentano papillomi laringei diffusi nella cavità, originantisi dalle corde vocali; tutti tre soffrono gravi sintomi di stenosi laringea (la Forcillo e la Cinque mi crearono un giorno nel mio gabinetto, tale imbarazzo, che stava per operarle di tracheotomia seduta stante), e sono afoni. — Quando comincio la demolizione dei tumori per le vie naturali ed il respiro migliora, la voce si fa sentire, grossa, ineguale, stridente, ma intelligibile. Proseguo la cura, la voce si perde.—La riproduzione del papilloma (come ha già detto) in tutti tre si accentua ad onta dei miei sforzi, ed un fil di voce si ripresenta, ma si perde di nuovo quando io vengo alle prese col tumore; in ultimo definitivamente ritorna allorchè la cura è felicemente espletata.

La voce, restando lo stesso il volume del tumore, subisce delle alternanze; ora migliora, ora peggiora, ed ora, infine, si perde istantaneamente.

Ecco un' altra evenienza che dipende o dai catarri intercorrenti, provocati certe volte dal tumore stesso, ovvero dalla posizione che quello prende durante la fonazione (v. osserv. IV a pag. 66). Talora una intercorrente iperemia, facile a vedersi per la presenza del neoplasma, induce positivi cangiamenti nella voce; dissipata quella, la voce ritorna allo stato primiero. Il catarro quando coesiste ed è curato, può, pur restando sempre lo stesso il polipo, fare immegliare di tanto la voce, che l'infermo crede un errore la diagnosi fatta. Tanto mi è avvenuto una volta:

Osservazione xxx. — Il Sig. P. Vincenzo, di Lecce, di anni 50, Uff. daziario, venne a consultarmi il 16 Agosto 1880 per una raucedine che lo tormentava da cinque mesi. Tra le mie note trovo segnato questo: « Escrescenza papillare della corda sinistra, difficilissima a vedersi per la posizione della epiglottide; ha colorito rosso-scuro e presenta macchie biancastre (muco?) ».

Il Sig. P. credette consultare altri, e fu *negato* il polipo; anzi promessa la guarigione con le semplici medicature intra-laringee. Queste, invero, produssero tale immegliamento nella voce, che l'infermo fondatamente credette un errore il mio, ed esatto il giudizio del collega. Ma, ad onor del vero, le ricadute sono tanto frequenti, che il dubbio ch' io non mi sia ingannato fa ca-

polipo nel Sig. P. I miglioramenti sono temporanei, poi si ritorna da capo. Io non ho più visto l'ammalato.

In altre circostanze avviene questo: l'infermo parla con voce rauca, in un modo qualunque, ma di botto, quando ha già cominciato l'articolazione di una parola, il suono si tronca. La diretta osservazione, in contingenze analoghe, mostra che il curioso fenomeno è esclusivamente dovuto alla inopportuna interposizione del tumore fra le corde; il che suppone mobilità del medesimo per la esistenza di un peduncolo; come chiaramente mostra la fig. 11 della osservazione XXII a pag. 86, e come ho visto in varie altre. Allora può accadere che alla formazione della voce preceda un rumore simile a quello che si produce quando si stappa una bottiglia, udibile a distanza (l'ho fatto una volta notare ai giovani della mia scuola, e l'ho notato io, qualche altra), dovuto appunto al disimpegnarsi del tumore, con un certo attrito dalle labbra glottidee per la forza dell'aria espirata.

Mi piace, da ultimo, notare che l'afonia non sempre è esclusivamente un effetto meccanico; ma conseguenza di un dissesto ritmico nei movimenti delle corde vocali, in modo che anche tolto il polipo, l'afonia persiste. Tanto mi è accaduto alcune volte; se non che sceverando i casi nei quali come conseguenza della patita operazione rimane quasi costantemente una paresi dei tensori (il che si rileva dall'immediato ripristinarsi della voce, e poscia dalla completa afonia che succede qualche ora dopo l'asportazione di tumori dalla laringe), io intendo dire di quelli altri nei quali, passato il tempo ordinario di aspettativa (1—2 settimane) l'afonia perdura. L'ultimo è avvenuto recentemente a me, e lo registro:

Osservazione XXXI. — La signora C. di Piano di Sorrento, madre di parecchi figli, di 30 e più anni, ha patito gravi bronchiti, delle quali porta ancora le vestigia. È completamente afona. Il laringoscopio rivela un grosso polipo (fibroma cistico) della commessura, che alla prima seduta ho la ventura di enucleare completamente. Sono circa 3 mesi che la voce non torna (operai in Settembre) e chiaramente si vede che vi sono le note di una paralisi delle corde vocali.

L'afonia per paralisi può essere una complicanza indipendente dal tumore. Ricordo che in una signora Siciliana, affetta da papillomi che osservai solamente e furono estirpati da altro collega, l'afonia persisteva vario tempo dopo; vi erano segni evidenti d'isteria, e la paralisi delle corde era di carattere isterico, tanto più che altre fiate la paziente avea alternamente perduta, e recuperata la voce.

I corollarii clinici che si ricavano da quanto esposi intorno al detto fenomeno, sono di grande importanza per la diagnosi; e si vede, senza bisogno di altro, che nulla di caratteristico v'è, se ne togli la brusca interrusione del suono, sintoma di un certo valore. Laonde la esplorazione diretta è la sola che rivela la reale condizione.

Parecchie fiate, esistendo soltanto raucedine, si era giudicato trattarsi di cronico catarro, perennando due errori; che il catarro laringeo allora esiste quando la voce è compromessa, e che il catarro, e non il tumore possa lederla in minime proporzioni.

Respiro — Contrariamente a quanto dissi per la voce, è lecito affermare che tra il grado di alterazione della funzione respiratoria ed il volume del tumore, v' è un più costante rapporto. La presenza di una neoformazione entro la cavità ne riduce il lume in ragione diretta. Laonde, ora vediamo poco accentuati i fenomeni di laringostenosi, ed ora giganti, sino a minacciare asfissia od uccidere per soffocazione. I neoplasmi che hanno maggiore tendenza a crescere: i papillomi, le cisti, gli adenomi, i lipomi, l' epitelioma, il sarcoma ecc., menano allo stringimento laringeo più volentieri dei fibromi, dei mixomi, dei polipi epiteliali benigni. Si danno, nondimeno, circostanze nelle quali la stenosi non è determinata dal volume assoluto del tumore, ma dall' immenso numero di questi; esempio, i tumori amiloidi.

Anzitutto è a riflettere che alcune regioni della laringe sono più tolleranti, ed altre meno; cosicchè supposto un tumore di identico volume in due diverse posizioni, ed in due soggetti, per sola ragion di sede si osserva, in uno più marcata la difficoltà respiratoria, in un altro, meno. Voglio dire della sezione respiratoria del glottide, la base del triangolo, quella che offre uno spazio maggiore. La regione anteriore (glottide vocale od inter-ligamentosa) che corre dall'angolo di commessura sino ai due terzi anteriori delle corde, assai meglio sopporta la presenza di un tumore, appunto perchè, in fatti, esso toglie minore spazio di quello che faccia un altro messo nella porzione inter-cartilaginea; ciò s' intende di leggieri, ed è pure provato dalla letteratura. Sono noti casi nei quali voluminosi corpi estranei (una volta un proiettile) rimasero lunghi anni entro la laringe, senza dar segni della loro presenza, e furono rinvenuti per caso all' autopsia.

Qualche mese fa, il mio amico dottor C. Lepore, mi dava agio di fare in Lucoli la seguente osservazione:



Fig. 14.

Osservazione xxxii. — Laurina Marola, maritata, di Lucoli, di anni 26, è afona da 10 anni. Giovanissima, ebbe un' angina, e d' allora perdette la voce, che mai più tornò. La sua costituzione è buona; è ben mestruata, ha una figlia.

Lo specchio ravvisa un grosso polipo della commessura (v. fig. 14) bianco, granuloso, ovoidale, oblungo, abbastanza simile ad una mandorla.

Lasciando stare la origine ingannatrice, chi avrebbe mai sospettato che esistesse un neoplasma così grosso, ancorchè la mente vi ricorresse?

Viceversa, in una donna, certa M. Farina, che vediamo figurare 2 volte nel presente rendiconto (una per gomma sotto-glottica, un' altra per cisti del ventricolo) e nella quale fu eseguita due volte la tracheotomia dal professore d'Ambrosio (v. appresso), il tumore, vo' dire la cisti, sol perchè si portava verso la porzione cartilaginea del glottide, sebbene non fosse di volume rilevantissimo, minacciava morte per soffocazione.

Quando un grosso tumore (v. osserv. e fig. V a pag. 67) ha sede nel vestibolo, in modo che permette la circolazione dell'aria alla sua periferia, i fenomeni dispnoici sono ridotti a tale minimo, che non v'è nessun rapporto col volume stesso; ma altre volte la stenosi è grave non per effetto della semplice presenza del tessuto neoformato, bensì della rigidità delle parti, donde dif tto di abduzione delle corde. Ciò vale sopratutto per i neoplasmi che assumono forma infiltrata; la cavità è pervia, le corde non si abducono. Eccone un esempio classico:

Osservazione xxxiii. — La distinta Signora M., che presentemente curo, era afona da 5 anni; da 2 mesi offre sintomi di grave laringostenosi. Ha 64 anni; nulla negli antecedenti che sia degno di menzione.

Le corde vocali, al laringoscopio, si vedono tumide, irregolari, bernoccolute, rosse, in certi punti ricoperte da vegetazioni rilevate, le quali sono disseminate lungo il *filtrum ventriculi* di sinistra sopratutto, in modo che durante la inspirazione non rimane che un'angusta fessura, di due o tre millimetri verso la base, a margini dentati. Esclusa la sifilide e la tubercolosi, mi sono pronunziato per un *carcinoma infiltrato.*

La stenosi riconosce eziandio un altro meccanismo. Allorchè vegetazioni alla superficie inferiore delle corde vocali (v. osservazione XXIV a pag. 90) od un grosso tumore sotto-glottico, come nel caso ora citato della M. Farina, (v. sopra), impediscono la separazione delle medesime, egli accade, come nella paralisi unilaterale o doppia dei crico-aritenoidi posteriori, un restringimento considerevolissimo del glottide, fors' anco maggiore di quello che sogliamo vedere per la sola presenza di un grosso tumore in cavità.

In tutti i casi previsti, la dispnea, accompagnata da stridore caratteristico, è nei due tempi: inspiratoria ed espiratoria; l'ostacolo rimane impassibile, immutato, nessuna modifica avviene per effetto della colonna d'aria ascendente o discendente. Ma se il polipo è mobile e voluminoso, noi possiamo assistere a due fatti: o ad una dispnea esclusiva per ciascun atto; o ad accessi momentanei di soffocazione.

Se il tumore è facilmente mobile, sì che obbedisce sempre all'aria che lo agita, la dispnea sarà inspiratoria, tutte le volte che attaccato comunque siasi nella cavità, quello è attratto nella rima glottidea (che naturalmente riduce); ovvero espiratoria, tutte le fiate che attaccato alla superficie inferiore delle corde vien respinto in alto dalla colonna d'aria ascendente.

Che se i movimenti sono meno facili, più stentati ed irregolari, e di tratto in tratto il tumore capita in modo da occludere parzialmente il glottide, ne derivano accessi dispnoici in proporzione del suo volume, della durata dello incuneamento, nonchè della forza inspiratoria od espiratoria, grazie alla quale il paziente arriva a rimettere la neoplasia nella primitiva posizione. In omaggio a quanto ho detto, sono in grado di soggiungere che talune fiate, in seguito a tentativi di operazione, il tumore stirato, reso più oscillante nelle cavità e nello spazio glottico, forse anche parzialmente ridotto nel suo volume, determina accessi dispnoici che prima non erano in campo, e che ci decidono ad accelerare il compimento della operazione medesima. Questo mi avvenne nella osservazione XXXV (v. appresso, pag. 103, fig. 15).

La stenosi, in altre evenienze, è tutta di carattere funzionale e perciò transitoria. Si danno casi di piccoli tumori della laringe, i quali non riducendo affatto il lume normale della cavità, non sono cagione di laringostenosi organica. Per momenti inapprezzabili, invece, provocando uno spasmo, creano accessi di grave dispnea, minacciosi e desolantissimi pei poveri infermi. Data una stenosi laringea, lo spasmo è una necessaria conseguenza; esso spiega le esacerbazioni che si vedono in un medesimo giorno, senza che sia possibile invocare aumento della neoplasia; di questo spasmo secondario non intendo ora discorrere; bensì di quello che come riflesso morboso si verifica nei casi di piccoli tumori. Sembra che uno dei punti eccito-motori più squisiti, sia la superficie inferiore delle corde vocali. Questo caso, che studiai insieme al professore Masucci, il quale ne fece objetto di una comunicazione al Congresso laringologico di Milano, è degno di riguardo:

Osservazione xxxiii.—N. N., della provincia Romana, giovane robustissimo e sano, era sempre andato soggetto a catarri gutturali. Da qualche mese però, egli veniva assalito da accessi notturni che gli toglievano il respiro. L'accesso non era grave, nè lungo, ma l' infermo non vedendolo cessare, temeva che si esagerasse. Voce buona.

L'esame laringoscopico fatto la prima volta, non fece vedere altro al Masucci ed a me (a cui fu presentato l' infermo) che le note di un catarro. Il paziente migliorò dello spasmo, ma non guarì del tutto; perciò 3 mesi dopo ci riconsultava, e di comune accordo riconoscemmo: che sulla superficie inferiore dell' angolo di commessura, nelle profonde inspirazioni, appariva un tumoretto quanto un grano d' orzo, liscio, ovoide, di colorito roseo.

Se, in questa osservazione, un catarro intercorrente aumentando temporaneamente il volume del tumore destava la triste scena, rapida nella sua comparsa, e forse col tempo, abituando la parte avea fi-

nito per provocare di rado lo spasmo (1), il rapporto tra questo è il neoplasma è chiaramente dimostrato da un'altra osservazione che ebbi agio di fare (curiosa coincidenza) pure insieme al professore Masucci:

OSSERVAZIONE XXXIV.—Un robusto Sacerdote ne consultava da Calabria, 2 anni addietro, per fenomeni identici — Fu dopo minuto esame che discoprimmo al di sotto della corda vocale sinistra un tumoretto piccolo, mobile, il quale soltanto in talune profonde inspirazioni compariva verso il margine libero della corda sinistra. La cura (causticazione diretta) fu compiuta dal professore Masucci, ma entrambi, sino alla evidenza notammo che a misura che la cura procedeva, gli accessi di spasmo si mitigavano e ricorrevano più di rado, sino a scomparire del tutto, quando più non si vide il tumoretto.

La stenosi organica e lo spasmo non devono andar confusi con la difficoltà espiratoria che caratterizza gli accessi asmatici. In taluni dei nostri infermi, non era già lo stridore e la difficoltà d' inspirazione che li tormentava o li destava di notte, ma lunghi parosismi di vero asma. Nella inferma Marola (osservazione XXXII a pagina 99, una delle più recenti) questo appunto si verificava. E che l' asma (non giustificato da nessun altro fatto) possa aver punto di partenza dalla laringe, lo provano molte osservazioni; basterà che io ne ricordi una: l' accesso che Mackenzie ha visto insufflando in laringe polvere di licopodio—ragione per cui ne ha smesso l'uso dalla sua pratica.

La stenosi organica e funzionale, gli accessi asmatici, devono andare alla loro volta interamente distinti dalla fatiga respiratoria che taluni infermi provano quando il tumore non turba il respiro direttamente, ma compromette in modo serio la voce. Supponiamo un tumore, grande o piccolo, interposto tra le corde in modo che la fonazione non sia possibile; ebbene, prescindendo dai fenomeni dispnoici, che ponno completamente mancare perchè manca lo stringimento, gl' infermi avvertiranno stanchezza respiratoria, dolori muscolari, senso di stringimento in gola. Questo, perchè da una parte tutti i muscoli espiratorii lavorano oltre misura onde tentare la vibrazione delle corde, e perchè non essendo chiusa la glottide convenientemente nei tentativi di fonazione, l' aria espirata si vuota più rapidamente; v' è spandimento di aria,

(1) Sarà grandemente utile tener bene a mente il fatto. Non è raro che vedessimo i fenomeni di spasmo correggersi o scomparire a misura che il tumore cresce. Questo che sembra un paradosso, è una grande verità clinica, applicabile alla laringe, come ad altri organi—L'abitudine dello stimolo, ottunde la sensibilità — Ma è utile aggiungere pure che la brusca invasione di gravi sintomi, quando si tratta di lesioni organiche positive, si deve mettere a conto dei fenomeni spasmodici, i quali hanno la nota caratteristica della forma accessionale

leakage of air, come dicono gl' Inglesi—Tanto si è letteralmente verificato nell' esempio che riproduco :

OSSERVAZIONE XXXV. — La signora B. B., distinta artista drammatica, facile a gravi ed ostinati catarri laringei, finisce per avere un papilloma laringeo diffuso, ma il nucleo principale peduncolato, così come lo dipinge la fig. 15, s'impianta sul margine libero della corda sinistra. Le dimensioni del glottide sono più che soddisfacenti, ed i dissesti respiratorii che prova, non hanno spiegazione differente da quella che ho data più sopra. La prova è che quando riesco ad asportare in una volta tutto il neoplasma, (e sono obbligato a farlo di premura perchè smosso il polipo, pendeva nel glottide ed ostacolava la respirazione) quegl' incommodi prontamente si correggono.



Fig. 15.

Infine per terminarla sulle modificazioni patologiche del respiro, dirò della tosse e dell'espettorato.

La tosse è, come lo spasmo, un fenomeno provocato da impressioni locali, non dalla sensibilità *comune*, bensì dalla *riflessa*.

La vediamo in campo nei tumori laringei, ora scarsa ed ora molesta, pertinace, ribelle; ora secca, ora umida; ora breve, ora seguita da inspirazioni prolungate e difficili. Non è in rapporto con le dimensioni, nè con la durata del neoplasma; anzi serba il più delle volte un andamento inverso; e ciò s'intende bene quando ricordiamo che se, in sulle prime la presenza di un tessuto neoformato agisce sulle periferie terminali dei nervi stimolandoli, col tempo, l'abitudine o l'esaurimento ottundono la sensibilità e la tosse si corregge. Questa può esistere o sopravvenire eziandio per effetto di catarro concomitante, ed allora ne segue le fasi.

I neoplasmi di grossa mole, che più che vellicare, comprimono e contundono la mucosa, provocano la tosse più rara e meno stizzosa di quello che fanno i tumori piccoli e mobili. Se il lettore potesse rivedere una ad una le mie 200 osservazioni, con una costanza quasi mai smentita, constaterebbe che i piccoli polipi destano la tosse talora ostinatissima, ed i colossali ne sono in massima parte completamente scompagnati.

La tosse altravolta non è in rapporto col neoplasma, ma col catarro, e l'ho notato; qui devo dire meglio con la secrezione catarrale, od i prodotti purulenti, icorosi e sanguigni che provvengono da un tumore in fase ulcerante — Laonde l'escreato (è appena necessario ricordarlo) è appunto in rapporto, per quantità e qualità, con la estensione del catarro e la natura del tumore. Che se questo è caduco, con la tosse, od insieme all'escreato ne vengono espulsi dei pezzetti.

Deglutizione — La disfagia per effetto di tumori laringei, si osserva assai di rado, e tiene unicamente alla sede che quelli occupano; l'epi-

glottide, le pliche ari-epiglottiche e le aritenoidi. Ovvero si vede come complicanza di quelle neoplasie maligne, che sebbene altrove annidate, per la fase ulcerante di cui sono vittima, estendono fino alle menzionate regioni la infiltrazione edematosa. La quale (lo diciamo ora di volo, sebbene un pochino fuori proposito) è la causa di certe disfonie e di certe stenosi che si osservano in tumori di mole non grossa messi in favorevoli posizioni, ma passibili di processo ulcerante.

La disfagia può dipendere eziandio dal successivo sviluppo del neoplasma, in modo che sebbene esso sorgesse da tutt' altra sede, raggiunge poi il vestibolo laringeo; la funzione di questo sfintere ne vien compromessa, e l'infermo non è al caso di bere una goccia di acqua, senza che questa capiti nella laringe, accendendo tosse molestissima o spasmo del glottide.

La inanizione, a cui condanna gl' infermi la grave difficoltà della deglutizione, aumenta la cachessia; le forze scadono, l' organismo languisce, e s' intende da se come il fatto locale riverberi molto potentemente sul generale.

La disfagia, nei miei 200 casi, era presente appena tre volte; nella inferma Feola (v. osserv. XX a pag. 83) per epitelioma dell' epiglottide; in un'altra donna, certa Cacchione, che presentava un carcinoma ulcerato sulla superficie posteriore dell' aritenoide destra; e nell'infermo Minoto (osserv. XIX a pag. 81) con sarcoma dell'epiglottide. Nell' infermo Colucci (oss. I a pag. 56) ed in qualche altro, la disfagia compariva in dati momenti, quando per una novella fase ulcerante l' edema collaterale aumentava, e poi non tardava a correggersi. E nell' infermo Avallone più volte citato (oss. V a pag. 67) mi preme notare che malgrado il punto di partenza ed il volume del fibroma, non vi fu disfagia per moltissimi anni, in quanto il tumore stesso adempiva alla funzione di operculo, sviando dalla cavità i liquidi che vi sarebbero caduti, per insufficienza dell'epiglottide, ostacolata nei suoi movimenti.

Laonde i disturbi nella deglutizione, puramente incidentali nei neoplasmi laringei, più che costituire un segno di questi, ne rappresentano una complicanza, la quale deve andar bene interpretata, nè in maniera molto diversa da quanto ho abbozzato.

A misura che parecchie di queste condizioni si elidono o si sommano, noi vediamo in campo un sol fenomeno o più; correggersi uno ed esacerbarsene un altro; questo cedere il posto a quello. La forma, il volume, la sede, le fasi (che si sorprendono grazie allo specchio laringeo) interpretano fedelmente la ristretta fenomenologia funzionale, stereotipa e quindi fallace, se ne togli pochi sintomi culminanti.

Nè maggior peso hanno i sintomi generali: l' anemia, il pallore, la cachessia, l'inappetenza, l'insonnia, che non sempre sono l'esponente dell'indole triste del neoplasma, bensì la conseguenza pura e semplice del fatto meccanico, la stenosi. Così, un prezioso criterio diagnostico perde

assai il valore di fronte alla condizione morbosa che, qualunque ne sia l' indole, priva l' organismo di elemento vitalissimo, l'ossigeno.

Gli esempî dai quali classicamente trasparisca quanto facile sia l'errore diagnostico senza l' ausilio del laringoscopio, sarebbero così numerosi, che io mi vedrei imbarazzato nella scelta. Soggiungerò piuttosto che talora, esperti compagni e clinici di grido, credendosi autorizzati ad un giudizio da criterii apparentemente precisi e positivi, ammisero il tumore; nè mi fo lecito criticarli; dirò anzi che molte volte tentai, tra me e me di fare la diagnosi prima della diretta esplorazione, e molto spesso restai completamente disingannato. La fenomenologia è menzognera, ingannatrice, infedele; ecco tutto; se ne può sempre ripetere la prova, e si vedrà che i cronici catarri, le paralisi, le ulcerazioni, mentiscono completamente la scena dei tumori. Nondimeno, per tutto quanto sinteticamente ho esposto, è più facile che sia disconosciuto il tumore, giacchè quando vi è appena un po' di raucedine, ovvero quando la scena è più completa e l'origine insidiosa, o non si pensa al neoplasma, o si sconfina nelle induzioni e nelle deduzioni.

Però non è a negare che pochi caratteri hanno massima importanza; cito il rumore *valvolare* o di *tappo*, udibile a distanza, da me stesso riscontrato alcune volte (sopratutto nella osservazione XXII a pag. 86 ed in un' altra inferma, certa Palumbo, affetta da papilloma) che ha maggiore valore negli adulti, dappoichè nei bambini si osserva pure nel crup; cito la brusca interruzione del suono la quale riproduce nell' animo la intermissione di un corpo estraneo fra le corde. Fenomeno, del resto, che si è visto altresì come consequenza di paralisi delle corde, sopratutto dei tensori, onde esaurita facilmente l' attività dei tiro-aritenoidei, l' afonia subentra alla raucedine; nonchè nella così detta forma di laringite secca e nell'ozena laringeo, nelle quali condizioni se non è il tumore che si frappone fra le corde, trattasi di un essudato duro e concreto.

Due fenomeni objettivi, i pezzi di tumore cacciati dalla tosse ed il neoplasma che sorpassando il vestibolo laringeo compare nella faringe (v. pag. 51) sostituiscono l' esame diretto; ma in circostanze così eccezionali, che la loro menzione è più un debito di cronista, che l'arguzia di uno scienziato. Cosicchè non resta se non il laringoscopio come l'unico mezzo di sicurezza, e le poche cose che ho sinora detto varranno ad incoraggiare coloro che esitano a familiarizzavisi. Fidare sopra altri elementi: la percussione, l'ascoltazione, la elevazione forzata della laringe e l'esplorazione con l'indice, equivale ad un perditempo; e se talora, in fortunose evenienze, la diagnosi venne fatta e controllata, questa è una gara sterile alla quale si lascia andare soltanto colui che troppo presume.

L' esame diretto, però, non è se non parte del giudizio diagnostico che il clinico va ad emettere. Se non è di assoluta importanza, è sem-

pre utile precisare la natura del tumore, ed i caratteri esterni di questo certe fiate, sono significanti.

Bisogna non equivocare un tumore con l' ernia dei ventricoli, l' elefantiasi, il lupus, la lepra; scartare la sifilide e le escrescenze che vegetano nei siti ove precedette una ulcera, cose che per brevità mi limito a menzionare.

Maggiore diligenza si richiede per non lasciarsi sfuggire il tumore; quelli piccoli, verso l' angolo di commessura, e quelli sotto-glottici, sono più difficili a scoprirsi; sopratutto in individui che poco si prestano od hanno epiglottide molto abbassata sull' orifizio laringeo, reclamano tempo e pazienza a tutta prova. Mi risparmio citazioni; ognuna potrebbe sembrare vanagloria: si suppone che colui il quale è bene addestrato nell' uso del laringoscopio, supera agevolmente gli ostacoli; anzi è per questo che si ricorre allo specialista. Mi sia nondimeno permesso suggerire un criterio che vale come proficuo indirizzo nella diagnosi, ancorchè non si sia un abile laringoscopista.

Quelle raucedini che non si spiegano per intenso catarro o grave alterazione nel terzo posteriore delle corde, o paralisi delle stesse, debbono farci stare in guardia. Ripetendo l' esame, abituando l' infermo, facendogli eseguire profonde inspirazioni, sollevando la epiglottide con una sonda ottusa, si riuscirà a scoprire verso l'angolo di commessura, il corpo del delitto. In una parola, la diligenza nel cercare sempre la vera causa della disfonia, è un ottimo consiglio per non disconoscere, in molte evenienze, un polipo della commessura; e così anche un esame incompleto (la porzione posteriore del glottide è più facile ad esplorare) serve a persuadere che conviene ritentare la prova avanti di pronunziarsi.

Le difficoltà che incontrai furono molte in parecchi casi; nella osserv. III a pag. 65 è registrato il tempo di cui ebbi bisogno; altre fiate, solo in una seconda esplorazione riuscii, e nell' individuo soggetto della osserv. XXI a pag. 86, guidato dal criterio a cui poco fa ho alluso, io potetti sospettare il polipo, predirlo all' infermo, e riconfermare matematicamente il giudizio nella seconda seduta.

Non si dimentichi mai di fare inspirare, dopo i tentativi di fonazione, profondamente l' infermo, e più volte, non solo per scoprire tutta la regione sotto-glottica (Labus vide ed operò papillomi sino al 9° anello tracheale), ma perchè caso mai esista un piccolo tumore a lungo picciuolo al di sotto delle corde, quello potrebbe nascondersi e ricomparire per momenti, come in una delle osservazioni fatte col Masucci (v. XXXIII a pag. 101).

I tumori a rapida evoluzione sono tanto più difficili a diagnosticarsi, in quanto tardi e forse mai producono ingorgo dei linfatici, stante la scarsa comunicazione della rete linfatica della laringe con i ganglii esterni. Se si tratta di neoplasma non ulcerato, è facile confonderlo con un papillo[illegible]ltrato, si crede ad una laringite iperplastica;

se è ulcerato, lo si scambia con una lesione sifilitica. L'errore è certe fiate protratto sino al punto, che l'esito finale soltanto porta la luce.

L'età del soggetto (v. pag. 93), la sede d'impianto del tumore (v. pag. 82), l'aspetto nodulare, la poca rilevatezza delle vegetazioni, la integrità della mucosa limitrofa, il colorito, la facilità alle ulcerazioni, il decorso, sono tutti criterii approssimativi: le difficoltà sono insuperabili, lo ripeto, ed è questa sempre una diagnosi scabrosa ed ardua, che di preferenza sa fare chi ha lunga pratica del laringoscopio, dalla quale ha appreso a separare le altre forme morbose pei loro caratteri objettivi, e ne ha visto confermato le deduzioni con accompagnarne il decorso.

Ad ogni modo però, la ricca varietà di tumori, le difficoltà diagnostiche, la sproporzione nei sintomi funzionali (cose che da questi studii abbiam voluto fare rifulgere) sono la migliore risposta a tutti coloro che pur avendo invidiabile patrimonio scientifico, guardano con occhio sprezzante il laringoscopio ed il laringoscopista! Se parlate con uno di questi, verso i quali il rispetto impone moderazione, voi restate schiacciato dalle cavillose affermazioni, per le quali i neoplasmi della laringe non sono che escrescenze connettivali, che si pigiano con una pinzetta portata lì... da un tironcello qualunque! E voi fremete, pensando che quell'uomo dotto, esperto, rispettabile, ignora patologia della laringe! Venti o trenta anni fa, il dubbio (non la irrisione) era permesso, ma oggi, non ti pare garbato lettore che scarabocchiare quattro righe di laringologia italiana sulla storia dei tumori della laringe, poteva essere un trapotente bisogno dell'animo di quel povero messere che su per giù, venne rassomigliato un giorno ad un cava-denti? Ebbene, se tu hai avuto la pazienza di leggermi sin qui, tu avrai acquistate (se già non le avevi) convinzioni personali validissime sulla entità di questo capitolo di patologia, e son certo che mi userai la cortesia di accompagnarmi sino alla fine, da cui, per mia e tua ventura non siamo molto lontani.

X.

Una delle più splendide applicazioni del laringoscopio si afferma evidente nella *cura dei neoplasmi*. I risultamenti pronti e perfino miracolosi, la delicatezza di operazioni del genere, hanno non poco contribuito allo incremento di codesta branca, ed oramai, tranne speciali condizioni, gli è per le vie naturali che si attacca il nemico.

Si può e si deve sempre farlo?—Ecco un primo argomento che ha interessato parecchi, e che si risolverebbe apoditticamente a questo modo: semprechè è possibile, per ragion di sede ed estensione del tumore, e senza risico dell'infermo, operare per le vie naturali, è dovere il decidervisi. Allorchè l'operazione è possibile, ma pericolosa per la soffocazione che promuove, o bisogna praticare prima la tracheotomia on-

de salvaguardare la vita del paziente, e poscia operare per le vie naturali; ovvero compire tutto il trattamento attraverso una breccia esterna. Naturalmente queste due ultime indicazioni sono subordinate alla natura, al volume, alla estensione, alla sede del neoplasma laringeo. Basta la tracheotomia, quando ristabilita la respirazione, si è sicuri che quello si può estrarre per le vie naturali, completamente, e ritornare all'assalto, se si riproduce. Si tratta invece di un sarcoma pel quale si spera raschiando e cauterizzando su vasta scala, di salvare l'infermo?; ovvero di un neoplasma a larga base, un encondroma od altro? In tali casi si fa seguire la tirotomia, spaccando la tiroide o dividendo la membrana tiro-joidea, a seconda delle speciali circostanze. Se non che, gli splendidi risultamenti ai quali si perviene per le vie naturali, con assiduità e perizia, hanno oggidì riservata la tirotomia a casi eccezionali, in ispecie quando si tien conto che la divisione della cartilagine tiroide è sempre seguita da afonia o persistente disfonia: io divido sul riguardo interamente le opinioni di Mackenzie il quale con una statistica ha rilevato insieme ai detti inconvenienti, i pericoli della emorragia, donde la necessità di far precedere la tracheotomia preventiva.

Salvo questo, il più delle volte il problema curativo è risoluto grazie al laringoscopio, e la chirurgia laringoscopica oramai si è arricchita di tanti successi, che siede anch' essa al banchetto delle consorelle.

È dunque al trattamento per le vie naturali ch' io intendo consacrare quest' ultimo paragrafo.

Quando si agisce per le vie naturali, il chirurgo si propone o di distruggere in sito il tumore, o di asportarlo La cauterizzazione, se è dessa che deve assolvere tutta la cura, non è preferibile se non nelle seguenti circostanze:

1) quando il neoplasma è piccolo e capace di risentire prontamente della terapia: esempio i 4 casi di dilatazione glandolare ai quali ho alluso, parlando delle cisti (v. pag. 71);

2) quando il tumore è grande in modo che l' asportazione è pericolosa, ovvero non potrebbe farsi se non dopo la tracheotomia; in tal caso essa risparmia la operazione preliminare (così se l' infermo della oss. V si fosse per tempo assoggettato alla cura, la tracheotomia poteva essere scongiurata);

3) quando l' indole del neoplasma fa presagire la sua recidiva (papillomi, cisti) ed in tal caso essa non rappresenta tutta la cura, ma una parte complementare, dacchè è preceduta o si alterna con l' asportazione.

Fuori di simili emergenze, non è accettabile, ed un laringoscopista che al presente la preferisse alle risorse onde la laringojatria si è arricchita, mostrerebbe di avere esperienza limitata.

Io non perderò tempo a dire che le soluzioni astringenti, battezzate per propria comodità siccome caustiche, servono a niente; ma accennerò che avendo a nostra disposizione un mezzo efficace, comodo, potente,

come la galvano-caustica, tutte le paste caustiche, gli acidi, il nitrato di argento, restano in ombra. Aggiungerò che gl' istrumenti per applicarli sono così insufficienti o complicati, che si trova in ciò un'altra valevolissima ragione per scartarli. Devo fare una eccezione per l' acido cromico, sebbene non abbia ancora personale esperienza pei tumori laringei. Ma da ciò che ho visto di quelli nasali e faringei, mi credo autorizzato a dire che avendolo Hering richiamato in onore, ha reso alla pratica un reale servizio. L' azione dell' acido cromico è così pronta e l' applicazione così indolente, che si può ritenerlo un surrogato non disprezzabile della galvano-caustica. Ora, poichè i galvano-caustici endo-laringei sono notissimi, e chi ne usa è già un provetto laringoscopista, io non tenterò di descriverli, ma dirò invece che tanto pel nitrato di argento, quanto per l'acido cromico, serve bene una sonda qualunque, come questa (v. fig. 16) che riproduco da Mackenzie. Deve terminare in un pezzo di argento o di platino (perchè non si ossidi) e porta delle piccole rigature acciò il nitrato di argento (se è questo che deve servire) vi aderisca intimamente. Allora fondendolo in un crogiuolo, vi s' immerge la punta della sonda, e si lascia raffreddare: indi si lima a talento la punta che porta il nitrato fuso. Per l'acido cromico, basta prenderne all' estremo un piccolo frammento, fonderlo lentamente sulla lampada, e poscia raffreddarlo, sì che la punta del cauterio rassomigli alla capocchia di uno zolfanello. Jarwis, che loda pure l'acido cromico, ha fatto costruire un porta-caustico molto adattato alla bisogna.

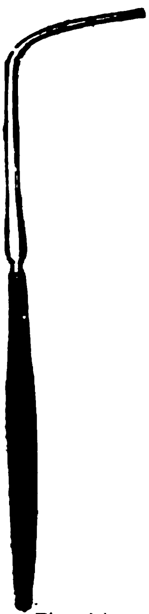


Fig. 16.

Avendo innanzi un infermo poco abituato, ed anche per limitare matematicamente l'applicazione del caustico, conviene coprirlo; ecco perchè si costruirono istrumenti complicati e costosi, che io ho messo da parte da un bel pezzo. Come assai bene ha suggerito Labus, basta aggiungere un pezzo di catetere; l' indice della mano destra dell' operatore scorrendo leggermente sull' estremo inferiore di quello, fa sporgere alternamente la punta dell' istrumento che è munita del caustico. Convien portare questo lateralmente? Ebbene con un taglio a sbieco sull' estremo terminale del catetere, si permette il contatto limitato, a destra od a sinistra. Il suggerimento è così ingegnoso, che non è chi nol vegga, e tutto l' apparecchio ha un sol difetto... quello che costa poco!—Mettere il pratico in condizioni di servirsi del caustico nella laringe e compire una cura di tumore laringeo, è lo scopo principale del mio lavoro. Lascio le utopie, e corro ai fatti.

Ho io bisogno di dire che tra una cauterizzazione ed un' altra vi vuole tempo? Mi fermerò, invece, ancora alquanto per soggiungere che

preferendo l'acido cromico, si faranno subito seguire polverizzazioni di bicarbonato di soda, onde neutralizzare gli effetti dell'eccesso di acido e prevenire fenomeni d'intossicazione; e che dopo le applicazioni elettro-termiche converrà sorvegliatre l' infermo e fargli succhiare del ghiaccio.

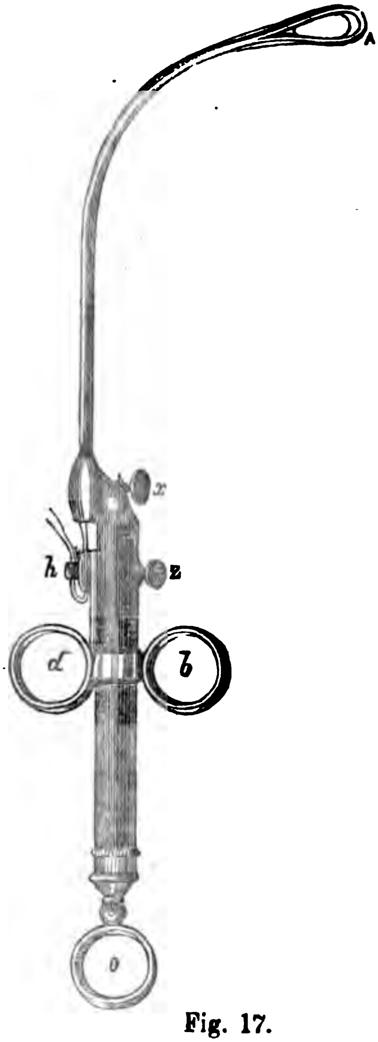


Fig. 17.

Veniamo ora all' asportazione del tumore.

Un polipo si può tagliare (polipotomi, ghigliottine, anse taglienti, ansa galvano-caustica, forbici ecc.); si può estirpare (mercè le pinzette o le spugne); e si può schiacciare, onde tentarne semplicemente lo avvizzimento.

Portare una pinzetta in sito afferrare il tumore e schiacciarlo (cose che suppongono una tecnica perfetta) senza asportarlo, mi sembra pusillanimità; mentre se l'asportazione potrebb'essere pericolosa, gli è ad altro processo che deve pensarsi. Cosicchè lo schiacciamento non è riuscito ad elevarsi a metodo, mentre per certi tumori (come ho già detto avanti) facilitando la fase regressiva, è mezzo complementare di cura.

Sebbene il taglio o l' estirpazione formasse il metodo prediletto di alcuni reputati laringoscopisti, non è a negare che non è indifferente la scelta. Ognuno si forma una pratica e metodi a se, questo è risaputo; un istrumento nelle mani di un tale, fa miracoli; altri, con uno di sua invenzione, opera prodigi, ma quando si vuole essere spassionatamente ecclettici, si deve asserire che la scelta del metodo e dei mezzi è subordinata alla forma, al volume, alla sede ed all' impianto del tumore. Un fibroma indifferentemente si asporta con una ghigliottina od una pinzetta, ma come un papilloma diffuso reclama la paziente opera di quest'ultima, un adenoma od un fibroma cistico voluminoso della commessura (v. le fig. 8 e 14 a pag. 76 e 99) va preferibilmente operato col laccio.

Uno eccellente, fornito di guida, è quello di Stoerk (v. fig. 17), ma Labus l' ha modificato, e poichè il laccio libero deve avere la preferenza, egli ne ha fatto costruire dal Baldinelli di Milano uno analogo.

Le anse taglienti con guida (v. fig. 18) o senza, di Mackenzie,

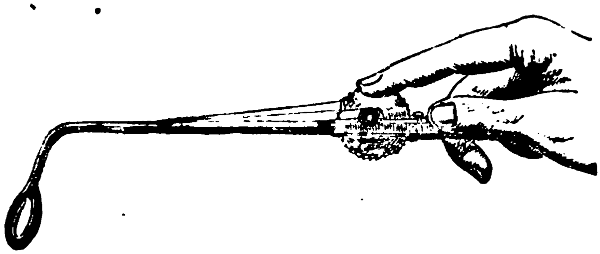


Fig. 18.

che hanno riscontro nella ghigliottina di Störk o di Schrötter (v. appresso), rimpiazzano il laccio, in caso di tumori più piccoli; ma l'uno e le altre sono oramai preferite ai polipotomi, ai coltellini di varie forme, liberi o nascosti, che furono nei tempi andati favoriti da Bruns, Tolold ecc. Essi sono, però, indispensabili per vuotare quelle cisti che non basta soltanto cauterizzare, o non si ponno asportare.

Se il tumore che si taglia non è di grossa mole, tale che cadendo non occluda il glottide, si lascia liberamente a se, sicuri che verrà immediatamente espulso sotto un colpo di tosse. L' ansa rigida equivale ad un taglio; ma ha il vantaggio di portare fuori il tumore, cosa che si compie sempre con una certa soddisfazione del paziente e dell' operatore.

Più sicuro, più maneggevole, più diffuso nella pratica è un altro istrumento che si adopera per la estirpazione, voglio dire la pinzetta. Qualunque siano le modificazioni e la forma, essa fu usata su vasta scala dalla maggior parte, e conta grandi successi.

La pinza di Fauvel (v. la fig. 19), abbastanza solida e costruita in modo da aprire ora nel senso antero-posteriore, ora nel laterale, è la più nota e forse quella che più si è adoperata sino a pochi anni fa. Le branche sono fenestrate, provviste o sprovviste di denti, più grandi e più piccole, con un punto di arresto talvolta (tra gl' istrumenti taglienti, la pinzetta, se i bordi sono sottili come lame, potrebbe prendere meritamente posto).

La pinza di Schrötter (v. fig. 20), con manico a forma di pistola, si presta ad essere molto bene impugnata, ed offre il vantaggio di potervisi innestare pezzi di forma varia, i quali per la loro curva non ombreggiano l' occhio dell' osservatore. Nella figura si vede una pinza

mordente, che è utilissima per asportare le vegetazioni dei margini liberi delle corde. (Vi si può innestare un' ansa tagliente, ed estenderne l' uso ai casi nei quali si preferisca la sezione del peduncolo). — Questo istrumento, malgrado la sua esilità, è fortissimo, ed io ho potuto asportare tumori resistenti, cosa che non credeva possibile quando cominciai a servirmene. Con un pò di abitudine, riesce facile combinare la preensione col movimento che l'indice imprime al pezzo scorsojo, ciò che defatiga meno il paziente e l'operatore.



Fig. 19.

Un'altra pinza solida, bene equilibrata, è quella di Mackenzie (v. fig. 21) che io preferisco al suo *tube-forceps* al quale ha fatto positiva concorrenza l' istrumento di Schrötter. Specialmente quella antero-posteriore (B) offre una presa tanto sicura, che io ho potuto compire splendide operazioni.

Lo strappamento si fa eziandio con una spugna grande quanto un pisello che s'introduce in cavità e poi si ritira: pei polipi peduncolati, riesce talvolta a distaccarli—Sostenitore di questo processo (il quale nei bambini e nei pusillanimi si guadagna la fiducia) è Voltolini; egli in quest' ultimi tempi vi ha aggiunto due crini di cavallo che s'incrociano, in modo che sia offerta alea al tumore di capitarvi entro ed essere strappato. Ho usato qualche volta la spugna più per raschiare (in caso di papillomi diffusi) che per tentare l' asportazione (una volta nell' osservazione XXI), ma sempre con così poco vantaggio o con tale insuccesso, che per conto mio non mi sento la voglia di ritentarne la prova. Voltolini ci ha pure regalata una *forchetta laringea*, con la quale si cerca infilare ed asportare il tumore. È una vera, ma microscopica forchetta, nei denti della quale si tenta di far penetrare la neoplasia.

Questi istrumenti hanno tutti due piegature distinte (come si potrà vedere riscontrando le fig. 19 e 21); una, curva, come quella di un catere, l'altra ad angolo retto; la prima (secondo Mackenzie) da posporsi alla seconda per l'inconveniente di urtare, quando è già in cavità, contro la epiglottide.

Gl' istrumenti piccoli, delicati, hanno il pregio grandissimo di non occupare molto il campo visivo e permettere all' operatore di agire con coscienza; quelli solidi e robusti hanno minore vibrazione e maggiore fermezza.

Epperò io credo che nella scelta dell'istrumento, oltre l'abitudine, deb-

ba entrare la considerazione del tessuto sul quale deve cadere la operazione.

La demolizione dei polipi laringei reclama molte volte che l'infermo, se indocile od iperestetico, sia preparato. L'anestesia laringea annullando i riflessi fisiologici, permette che l'istrumento sia introdotto in cavità senza la comune convulsionaria contrazione, e che capiti nel sito d'impianto del tumore, e lo si recida, si tagli od asporti.

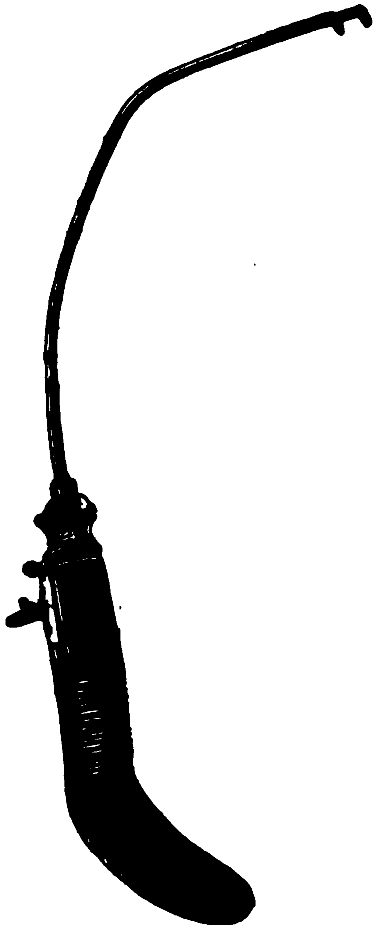


Fig. 20.

I mezzi più efficaci per raggiungerla, sono il ghiaccio, che si fa succhiare (1), o le spennellature di cloroformio alle quali seguono quelle di morfina; il primo, per provocare una iperemia e preparare l'assorbimento del secondo. Ripetute spennellature di cloroformio si praticano la sera precedente all'operazione, moderando il bruciore che ne segue con gargarismi di acqua diaccia o facendo succhiare ghiaccio. Qualche ora dopo, si pennella con una satura soluzione di morfina (1 per 10), e se, nel momento di operare l'anestesia non è raggiunta, si pennella di nuovo con morfina e si attende. Questo metodo proposto da Türck, fù perfezionato poscia da Schrötter. Devo però francamente confessare che le 4 o 5 volte nelle quali l'ho adoperato non mi ha bene corrisposto; io non raggiunsi lo scopo come mi c'attendeva; nè sono solo, chè alcuni tra coloro che lo propugnavano oggi l'abbandonano.

Rossbach ha usato le iniezioni ipodermiche di morfina (0gr., 005) al disotto dell'estremità arrotondata del gran corno del joide, cioè là ove il laringeo superiore perfora la membrana tiro-joidea;

(1) Labus mi diceva un giorno di averne tentata l'applicazione intra-laringea, mediante pallottole, e sfere metalliche raffreddate, ma inutilmente.

e poscia una polverizzazione di etere, nei 2 punti omonimi per 2 minuti.

Certo è che, facendo un rigoroso e paziente sondaggio, prima con le sonde di gomma e poi con quelle metalliche si riesce a domare l'eccessiva sensibilità di taluni, e quindi ad ottimi risultamenti.

Se si potesse, nondimeno, accettare completamente quello che assai di recente ha riferito il dottor Edmund Jelinek dell'idroclorato di cocaina, come anestetico, applicato direttamente, sarebbe da esultare. Pennellando attentamente, cioè *tutti i punti*, mediante un sottile pennello, con una soluzione al 10 od al 20 per 0|0, così fatta:

Idroclorato di cocaina	gram.	1
Acqua distillata	»	8—3
Alcool rettificato	»	2

dopo 1—1 ½ minuto si ottiene una diminuzione della sensibilità tattile e termica, dolorifica e riflessa; benefizio passaggiero che Schrötter ha pienamente constatato, e Störk in parte. Io sto sperimentando la cocaina e raccomando di sperimentarla, ma temo forte che non sia stata presentata con troppo entusiasmo, sebbene dalle prime prove non possa dirmene scontento.

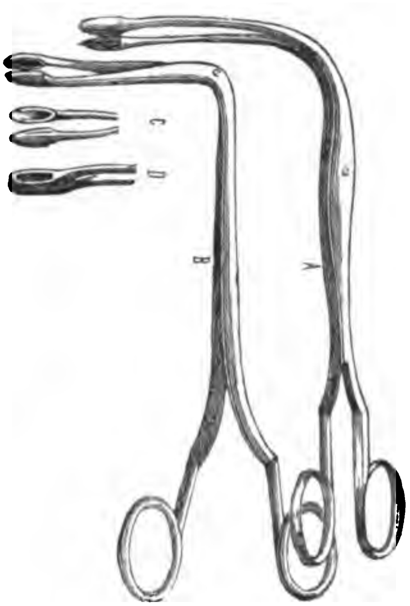


Fig. 21.
A. Pinza laterale. B. Pinza antero-posteriore. C. Pinza a cucchiajo. D. Pinza fenestrata.

È un precetto capitale che l'operazione debba compirsi quando l'operatore vede bene nello specchio quello che fa; ma se l'infermo è renitente, ed urge operare; se le sedute devono ripetersi e non si può sempre tentare l'anestesia, si è obbligati, non già ad operare a casaccio, ma a far tesoro di una legge che Krishaber formulò: e cioè che un laringoscopista deve abituarsi per lunghi esercizii in modo, che guidato dalla nozione anatomica e dalla conoscenza precisa della immagine laringoscopica, egli si porti (con lo specchio alla mano) al punto voluto, malgrado i facili ostacoli, frutto della irrequietezza, dello spasmo, dei conati di vomito ecc. Importa però non esagerare nè nell'un senso, nè nell'altro; nel primo, il panico farebbe ben pochi decidere ad operare; nel secondo opererebbero anche i più baldanzosi, con rischio non lieve del mal capitato paziente.

La natura del polipo e la scelta del processo hanno grande influenza sulla rapidità della cura, ed anche, in vero, l'abilità di chi opera. Un tumore unico, peduncolato, quando si è antecedentemente preparato l'infermo, si asporta in una seduta col porta-laccio, la ghigliottina o la pinzetta. Piggiare il neoplasma, e portarlo via a centellini, dimostra — sebbene non sempre — insufficienza; e qui la scelta del processo tiene la sua parte. Ma, per la operazione dei neoplasmi laringei in genere, la riuscita della quale dipende da tante e tante circostanze, non si deve esser larghi di promesse, come per le magistrali operazioni di chirurgia nelle quali al bisturi obbedisce la regione bella e preparata. Ho visto operatori reputatissimi, i miei maestri di laringoscopia, stentare mesi, prima di asportare un polipo; laonde non è a credere che, anche per uno esperto, la sia una operazione facile. Per contrario, essa ha la sicurezza della quale poche altre godono; la eleganza dell'atto; la poca dolorabilità; la scarsissima emorragia; ma reclama pazienza, tempo, abilità, sveltezza. Una volta io voleva tentare (senza punto preparare l'infermo) la estirpazione di un polipo, nella seconda visita. Era presente un valoroso collega; al terzo tentativo infruttuoso, egli non solo mi consigliò di smettere, ma fece andar via l'infermo com'era venuto Rimasi mortificato dinnanzi alla insufficienza che l'amico mi rimproverava nel suo silenzio! (1)

Talora si deve ritornare all'opera, vuoi per asportare i residui del tumore, il peduncolo, qualche lacinia della mucosa; vuoi per domare la riproduzione. Per i papillomi laringei, si richiede la pazienza di Giobbe, la fermezza d'un credente. Sì, cortese lettore; una lunga esperienza mi ha messo in grado di dirti che la cura dei papillomi laringei, malagevole, ingrata, che ti obbliga a lottare lunghi mesi con novelle produzioni che si ripresentano non appena hai tolto le vecchie, ad alternare e variare il caustico, a tenerti pronto per una imminente tracheotomia, è coronata, quando l'infermo e l'operatore si prestano, da completo successo. Solo così si spiega perchè taluni della scuola Germanica avvanzarono la opinione che i papillomi della laringe si curano con la tracheotomia. I pericoli della stenosi, i giusti timori di sfidarla, avvisano che miglior consiglio è l'aprire prima una via all'aria; ma se si sarà zelanti, tenaci, fidenti, la tracheotomia si risparmierà molte volte.

A pag. 97 ho alluso a 2 casi nei quali io, nel mio Gabinetto, mi trovai nella più imbarazzante posizione; la Forcillo tornava da Sicilia per ve-

(1) Le promettenti assicurazioni di Schrötter sull'idroclorato di cocaina, fanno sperare che le operazioni endo-laringee, d'ora innanzi, saranno tra le più onie! Vedremo sin quanto sia vera la profezia!...

dermi quel giorno stesso, stantechè soffocava. I papillomi erano voluminosissimi; esitai, ma stretto dalla urgenza asportai rapidamente le masse maggiori. Era presente il collega **Morra**, che testimone di quanto avvenne, può dire se io esageri il pericolo! In un momento di tregua, la Signora fu presa da spasmo glottico così grave, che la credetti morta. Lo spasmo si complicò ad uno svenimento che durò 2 ore, e ci volle poi la corrente elettrica per riaverla. In quella dura posizione che fare? Operare di tracheotomia o no? Che era avvenuto? Un pezzo staccato che occludeva il glottide, o sangue che colava? Quest' ultima veduta mi parve la più corretta. Ora la Signora è guarita, ma se avessi operato di tracheotomia, non avrei fatto opera vana?

Altrettanto mi avvenne nella Cinque che feci prendere tra le braccia e ricoverare nell'Ospedale di S. Eligio, deciso ad operarla immediatamente. Il rifiuto della famiglia fu provvidenziale, sebbene io tenga a dichiarare che voleva ritentare la estirpazione per le vie naturali, quando tutto era in pronto per la tracheotomia, edotto dalle terribili evenienze.

Nei bambini, nei quali per l' indocilità è difficile asportare in una volta tanto di tumore da ristabilire il respiro, se la stenosi è grave, è prudente consiglio decidersi alla tracheotomia, quando non si voglia sotto la narcosi (come primo fece **Schnitzler**) operare per le vie naturali. Tra gl' infermi di papillomi, ricordo sei ragazzi tra 1 e 10 anni, ed uno a 12; in una, la bambina de Benedictis a 7 anni, l' amore materno trionfò, chè, decisa in un consulto la tracheotomia, la madre obbligò invece la figlia ad operarsi per le vie naturali, ed ora è completamente guarita. Due muojono soffocati, per incuria dei parenti (*incredibilia sed vera*); uno è operato di tracheotomia (perchè indocilissimo ed in preda a grave stringimento) dal professore d'**Antona** e dal dottor **Raimone**; di un'altra non ho avuto più nuove, e nell'Arzillo grazie ad un' ardita operazione, riuscii vittorioso. Come si vede, nella tenera età i papillomi sono pericolosissimi, in quanto mancando la volontaria docilità del paziente, o non si fa nessuna cura, o si corrono i pericoli della tracheotomia. Ma ciò malgrado, quando è possibile compire un trattamento per le vie naturali in bambini od adulti, i successi sono splendidi. In un altro ragazzetto che fu uno dei primi miei clienti; nella Forcillo e nella Cinque, si ottiene quello che sembrava incredibile, perfetta libertà delle corde e voce sonora. Altrettanto in un tale Bomba, e noto che questi che alla rinfusa cito, erano tutti afoni e minacciati da soffocazione. Onde io aveva ragione di dire che codesti sono esempii splendidi, degni di venire ricordati (v. pag. 50). Nelle favorevoli circostanze nelle quali il papilloma è peduncolato, in *toto* od in massima parte (v. osservaz. XXXV e fig. 15 a pag. 103) si ha l'agio di compire l' operazione, o la parte più difficile, in una sola seduta, restando sempre il grave problema della cura consecutiva.

Relativamente ai tumori a rapida evoluzione, tre sono le vie che bisogna battere:

1) ristabilire con la dilatazione e la parziale escissione, possibilmente, il lume ristretto, in caso di stenosi;

2) fare la tracheotomia;

3) estirpare la laringe.

1) Come si estirpa parzialmente (quando non è possibile una cura radicale) il cancro del retto se è causa di grave stringimento, si è autorizzati ad asportare parte di un tumore laringeo o dilatare il calibro della cavità, quando si minaccia soffocazione, e per ragioni che qui sarebbe ozioso ripetere, si vuole scongiurare o dilazionare la tracheotomia.

Il *noli me tangere*, in questo caso, batte ritirata di fronte ad una ragione più stringente, la vitalità della funzione compromessa.

2) La tracheotomia, come operazione palliativa, è quella che più generalmente si pratica pei tumori a rapida evoluzione, e fu eseguita sopra 6 dei miei 200 infermi. Una istruttiva statistica di Fauvel prova che il decorso del neoplasma, a tracheotomia fatta, è assai più lento: senza tracheotomia quest' infermi muojono nel termine medio di 2 anni, in quello di 4 a tracheotomia compiuta (v. pag. 63).

3) La estirpazione della laringe è stata eseguita già molte volte nell' uomo e con perfetto risultamento per ciò che riguarda l'atto operativo. Però giustamente Solis Cohen, in una dotta memoria, studia la questione relativa all' esito finale, e colpito dal gran numero delle morti, si dimanda « se l' estirpazione della laringe tende a prolungare la vita? » — La statistica che egli ha raccolta è incompleta; dolorosamente vediamo mancarvi alcuni casi operati da Italiani. Giova ricordarlo di volo, codesta classica demolizione è stata eseguita parecchie volte da eminenti chirurgi Italiani: Bottini, Novaro, Caselli, Margary, Ruggi, Durante. Ebbene, lasciando stare ciò, e non parlando che della raccolta di Solis Cohen, noi tra 65 casi vediamo figurarvi 56 carcinomi. Di questi, 42 son morti ovvero hanno presentato recidiva; mentre degli altri 14, all' epoca di pubblicazione del rendiconto (1883), mancavano notizie precise. Ma 40 per 0|0 son morti nei primi 8 giorni; 87 0|0, appena sei mesi dopo l' operazione. I quali risultamenti paragonati a quelli di Fauvel dicono a chiare note che non solo la estirpazione della laringe è una operazione inutile, ma che essa non vale nemmeno a prolungare la vita quanto la tracheotomia.

Mi sia ora permessa una sola considerazione. Aggiungendo i casi dei nostri Italiani, forse si troverebbe qualche ammalato che ancora sopravvive; per essere imparziale, io non posso negare che il più delle volte la estirpazione della laringe è stata praticata in gravi condizioni, quando, il tumore era molto cresciuto, ulcerato e perfino diffuso alle

regioni adiacenti, cioè quando le probabilità di recidiva erano massime.

Una statistica meno pregiudicata sarebbe quella fondata sopra operazioni precoci.

Supponiamo un sarcoma, incipiente, limitato nel ventricolo di Morgágni, senza ingorgo di linfatici e cachessia; ed allora, poichè l' atto operativo perfettamente riesce, è presumibile che la cifra di mortalità non sarebbe così desolante, come quella che ci ha presentato Solis Cohen, operando sempre in favorevoli condizioni. L' operare a tempo implica però 2 gravi difficoltà: 1) quella inerente alla diagnosi, 2) e l' altra subordinata al consenso dell' infermo. Relativamente alla prima, l' opera ed il giudizio di un abile laringoscopista, i criterii che ho riferiti avanti, saranno utilmente invocati, e nessuno più di un chirurgo esperto nella esplorazione laringoscopica merita l' onore di indicare l' operazione in questione Se si cavilla e si oppugna, se si creano strane possibilità, se si confessa il merito di uno specialista, ma non si ha la onestà di sagrificare la propria opinione alla sua, si perde tempo a discutere, a rimettere al domani, a creare esitanze nell' infermo.

Il quale è sempre disposto a credere un asino colui che, senza durezza di cuore e non dimenticando i principii di umanità e la santa missione del medico, gli fa comprendere certi pericoli che sono per deciderlo a farsi operare. Dire ad un ammalato (il quale vi consulta per un pò di raucedine effetto di una piccola vegetazione, supponiamo nei ventricoli, ma nella quale l'abitudine e la esperienza vi fanno leggere e prevedere le possibili fasi): « tu (se ti è cara la vita) devi assoggettarti a grave e tormentosa operazione, da cui, anco se vivo, uscirai deformato », richiede buona dose di coraggio e di ferma convinzione da parte del consulente, fede ceca nell'infelice paziente, ma è forse l'unica condizione che potrebbe accreditare la estirpazione della laringe. Proporla quando l'infermo soffoca, deglutisce male, ed è sciupato e sfinito, significa correre l'alea dei 65 casi di Solis Cohen! Questo indispensabile accordo tra il valore diagnostico d' un laringoscopista ed il coraggio di un operando, quando la vita è minacciata, è troppo difficile a realizzarsi in pratica; ma se io, in poche emergenze fui contrario a dare il mio voto per la estirpazione della laringe, in altre nelle quali concorressero le condizioni da me sopra espresse, sarei il primo a dare il mio assenso.

XI.

Da Novembre 1869 a tutt' oggi, cioè in 15 anni, io ho osservato 200 casi di tumori laringei, i quali posso classare nel seguente modo:

Papillomi 94; escrescenze papillari 5 (a); fibromi 32 (b); epiteliomi 16; cisti 13 (c); sarcomi 6; encefaloidi 5; tumori amiloidi 2; gomme 2 (d); adenomi 2; mixomi 2.

In altri 21 caso, non ho potuto determinarne la natura; e ciò: 1) o perchè il tumore era profondo, sotto-glottico; 2) o perchè io non vidi che una sola volta l' infermo; 3) o perchè l' aspetto era dubbio, e non avendo operato, il microscopio non potette risolvere il problema (cisti o mixoma? fibroma o cisti?).

Sette volte il tumore avea sede nella laringe e nella trachea (e), e tra queste una volta trattavasi di tumori amiloidi.

Di questi 200 casi ne ho curati 109; semplicemente osservati 91.

Dei 109 curati, guarirono 72; morirono 12; migliorarono 20; rimasero stazionarii 5.

Queste cifre sono troppo eloquenti, perchè avessi a spendere parole onde mostrare quanto favorevole sia il *pronostico* dei tumori laringei; ma riflettendo alle altre poche cose che sono in dovere di aggiungere, codeste previsioni non fanno che guadagnare sempre in benignità.

Dei 5 infermi stazionarii è utile sapere che 3 furono tracheotomizzati (Avallone, Farina ed un bambino); due non hanno voluto assoggettarsi alla estirpazione dei tumori; nell'altra, la gomma sottoglottica ha provocato coalescenza delle corde. Nei rimanenti 2 si lotta ancora col processo, e non ho osato pronunziarmi con anticipo.

Venti ammalati migliorarono: contenti dei benefizii raggiunti, non mi hanno permesso la continuazione della cura; i tumori non si sono riprodotti; i residui rimasero innocenti in loco.

Dodici morirono; 10 perchè affetti da tumori a rapida evoluzione; 2 (bambini) soffocati, perchè i parenti ricusarono la tracheotomia.

Nei primi 10 infermi, fu fatta la tracheotomia in 6 (ma non da me); 5 per epitelioma; 1 per sarcoma.

I 72 che guarirono, riguadagnarono completamente l' attività delle funzioni lese, e riosservati dopo molto tempo, non presentarono recidiva. La cura fu esclusivamente compiuta per le vie naturali.

La tracheotomia nei 109 infermi da me curati fu fatta 10 volte (6 per tumori maligni; 1 per fibroma; 1 per cisti ed 1 per gomma sot-

---

(a) Ho separato le escrescenze papillari dai papillomi, sia perchè talune volte non si richiese trattamento operativo, sia perchè aveano carattere di produzioni puramente accidentali.

(b) Quattro volte trattavasi di fibroma cistico (v. pag. 66).

(c) Quattro volte ebbi a fare con semplici dilatazioni glandolari (v. pag. 71).

(d) Ho forse a torto incluso le gomme, ma la loro resistenza al trattamento generale, il loro aspetto, i fenomeni che destavano, mi sembrarono criterii positivi per servirmene onde arrotondare la cifra dei miei 200 casi.

(e) Questo sopratutto nei tumori a rapida evoluzione.

to-glottica nello stesso soggetto; 1 volta per papillomi). Una sola volta operai io.

La recidiva è stata da me vista 8 volte : 6 per papillomi ; 1 per cisti , 1 per adenoma. Furono sempre vinte.

Dei 200 infermi, erano maschi 148 ; femmine 52.

Adulti 193; di 12 anni, 1; dell' età di 1—10 anni, 6.

Dei 6 bambini, 3 erano maschi e 3 femmine.

Dei 109 infermi che ho curato, erano maschi 71; femmine 38; adulti, 104; bambini 5.

Io credo che non sia necessario distendermi in altre considerazioni , visto lo scopo modestissimo che mi sono prefisso. Se talora fui prolisso, e tal' altra conciso, chiedo scuse ; ma quando si scrive sotto le impressioni di quello che si è visto e si è fatto , codesti sbalzi si concepiscono e si perdonano ; in ispecie poi se i miei compagni , ai quali ho consacrato codesto lavoro , si trovarono nelle circostanze identiche nelle quali mi sono trovato io.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Miot et Baratoux. — *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez.* (Trattato teorico-pratico delle malattie dell'orecchio e del naso). Parigi, 1884.

Tuttochè in quest'opera venga presa in esame anche l'Otojatria (della quale il nostro giornale non si occupa), pure reputiamo acconcio dirne poche parole, onde tenere informati i nostri lettori delle recenti e migliori pubblicazioni. Un breve compendio mostrerà quanto fossimo nel vero.

Nella prima e seconda parte, che gli Autori (i due attivi e laboriosi collaboratori della *Révue mensuelle de Laryngologie et d'Otologie*) hanno pubblicato, sono trattate anatomia e fisiologia del naso e dell'orecchio, otoscopia e rinoscopia. Come è agevole scorgere da questo semplice annunzio, l'opera, la quale ha mole abbastanza considerevole, non è un trattatino elementare qualsiasi, giacchè in essa è esposto completamente lo sviluppo a cui la scienza finora è pervenuta in queste due specialità dell'arte salutare.

Nè ciò è tutto. Leggendo attentamente la prima parte, si nota che gli autori non si sono semplicemente contentati di riferire i risultamenti dei lavori dei loro predecessori, ma hanno rigorosamente controllato tutto ciò che finora è registrato nella scienza, aggiungendo una quota di osservazioni personali, le quali talvolta stanno in recisa opposizione con le affermazioni altrui. Mi basti, su tale proposito, citare alcuni esempii. Il muscolo stapedio, giusta le loro indagini, non agirebbe nel senso che pretenderebbero alcuni autori, ma sarebbe un potente antagonista del muscolo interno del martello, ed un debole detensore della membrana del timpano. Il peristafilino interno (secondo essi) in una parte delle sue fibre agisce sulla parete fibrosa delle trombe che tende ed allontana dalla parete cartilaginea; il faringo-stafilino attira in basso ed in dietro la cartilagine delle trombe; ed i peristafilini esterni impediscono che la tromba resti troppo beante, e nella cassa timpanica affluisca una quantità d'aria troppo considerevole.

Nella seconda parte dell'opera sono svolte la otoscopia e la rinoscopia.

Gli Autori espongono i diversi metodi di esame e di trattamento. Studiano le tante specie di specoli, l'illuminazione dell'orecchio, i mezzi atti a fare penetrare aria o vapori nell'orecchio medio, il cateterismo

della tromba di Eustachio, l'ascoltazione dell'orecchio medio e l'esplorazione dell' orecchio interno. Passano in seguito alla rinoscopia, e tengono parola dei diversi istrumenti necessarii, sia per l' esame delle fosse nasali, sia per la cura delle malattie del naso. Terminano l'opera con alcuni capitoli sulla sordità simulata.

Tale è il contenuto di un libro che noi raccomandiamo ai nostri lettori. Uscito dalla penna di due diligenti e dotti cultori di rinojatria e di otojatria, esso arricchisce la letteratura di queste due specialità, le quali vanno tuttodì prendendo sviluppo, segnando ad ogni tappa che percorrono un nuovo progresso, il quale mentre è di gloria alla scienza, ridonda a vantaggio dell'umanità sofferente. La *divisione del lavoro,* intesa nel suo giusto significato, è madre feconda; nè v' è bisogno di paragoni, odiosi sempre, per far rifulgere la importanza di tale e tale altra specialità; tutti gli studii che conciliano il progresso scientifico con una pratica utilità, hanno un valore immenso, ma indistintamente eguale. Non vi è bisogno di denigrare l' una, per esaltare l' altra! Ci congratuliamo, quindi, con i due valenti specialisti e siamo felici poter divulgare al mondo medico il frutto del loro lavoro.

MEYER.

M. Mackenzie. — *A manual of diseases of the throat and nose. Vol. II. Diseases of the œsophagus, nose and naso-pharynx.* (Manuale delle malattie della gola e del naso. Vol. II. Malattie dell'esofago, del naso e del cavo naso-faringeo). Londra 1884.

La pubblicazione di questo 2.° volume si saluta come un avvenimento scientifico. Quando si pensa al difetto di un libro di patologia del naso, della faringe e dell'esofago, cioè di una opera completa che raggruppasse le svariate lesioni in un volume; al *mare magnum* delle monografie messe a stampa; alla gravità degli argomenti che presentemente si discutono; v' è da stordire come un uomo solo abbia potuto espletare un compito così difficile.

Un libro di patologia è per due terzi lavoro di redazione: questa regola generica ha trovato in Mackenzie una indiscutibile eccezione, inquantochè le vedute originali sono tante, e l' indirizzo così perfetto, che senza adulazione si può dire che esso rimarrà un libro di testo.

Leggete un po' il capitolo sul catarro cronico del naso, questo terreno che si disputano tanti tironcelli, copiando e camminando, ciò malgrado, sulle grucce.... Voi resterete scossi, meravigliati dall' imparare quello che invano avete cercato altrove! Non dico altro.

Per buona ventura quest' opera si traduce in Fracese ed in Italiano, e pochi medici e chirurgi (ne metto pegno) ne resteranno privi, tanto più che la gran copia delle splendide illustrazioni completa mirabilmente il lavoro.

Io vorrei (e termino) che i nostri bravi editori Italiani, tutti ricchi ed avviatissimi nel Commercio, imitassero quelli esteri; mentre non farebbero meno bene i loro interessi, renderebbero ad un Autore qualsiasi, omaggio (se lo merita) e segnalati servigi. MASSEI.

L' idroclorato di cocaina nelle malattie di gola. — Onde tenere a giorno i nostri lettori di questo recente acquisto della terapia laringojatrica, ho creduto opportuno riunire in un *riassunto* tutto quello che è stato osservato e scritto in proposito, aggiungendovi talune mie personali ricerche, e quelle che gentilmente ha favorito significarmi il Labus, autorizzandomi a pubblicarle.

La cocaina ($C^{17}H^{21}AzO^{4}$) è un alcaloide cristallizzato che nel 1859 fu estratto da Niemann dalle foglie dell'Erytroxylon Coca famiglia delle *malpighiacee*. Si presenta in forma di piccoli cristalli incolori, poco solubili nell' acqua, solubili nell'alcool, più nell' etere: ha sapore leggermente amaro e reazione fortemente alcalina. — Fin dal 1862 era conosciuta la notevole influenza che essa possiede di anestesizzare la mucosa linguale quando viene applicata localmente; Schroff lo segnalò in una relazione che fece all' Accademia di Medicina. È risaputo che la cocaina introdotta nel sangue, restringe le arterie periferiche; dilata la pupilla sia applicata localmente, sia trasportata per la corrente sanguigna. Il sale generalmente usato è il cloridrato ($C^{17}H^{21}AzO^{4}$, HCl). Merck ha preparato anche un salicilato ed un bromidrato; il primo sarebbe più stabile. In quanto poi al secondo, si deve ancora studiare se l' azione del bromo unita all' alcaloide della coca ne faccia una preparazione superiore alle altre.

Fino a non molto fa, la cocaina era stata adoperata in Oculistica, ma i suoi effetti non erano stati bene studiati, e quindi vi fu poco rivolta l' attenzione; presto cadde in oblio. In questi ultimi mesi la cocaina è ricomparsa sull' orizzonte scientifico facendo di nuovo i suoi primi passi nella terapia oculare, ove fu adoperata come anestesico, e decantata come un vero prodigio (Carlo Koller).

Noi altri laringoscopisti dobbiamo saper grado a Jelinek per averci dato nelle mani un farmaco che in parecchie congiunture può riuscire prezioso, potendosi, la mercè sua, tentare, talora con molto successo, operazioni che, vuoi per la delicatezza della regione su cui cadono, vuoi per la difficoltà che presentano, vuoi per la intolleranza di certi individui, non avremmo osato sperare che riuscissero così brillantemente.

Jelenik sotto l' intelligente scorta di Schrötter ha tentato una felice applicazione della cocaina, quale a lui parve razionale ammettere dopo i risultamenti terapeutici di questo farmaco sulla congiuntiva oculare.

Uno dei compiti più gravi che si propone la moderna laringoiatria è quello di ottenere l'anestesia della laringe se non completa, tale che si

possano praticare dilicate operazioni; è risaputa la pratica che già Störk teneva, e che Schrötter avea modificato. — Ma era oltremodo fastidiosa la medicatura al cloroformio che si faceva, nè sempre esente dai pericoli di una grave infiammaziono reattiva, nè assolutamente innocente quella successiva alla morfina, e ciò che è più, essa non dava dei risultamenti che soddisfacevano. Jelinek sperimentò l' idroclorato di cocaina il più diffuso, solubile nell'acqua sino al 5 per 0[0 senza aggiunta di acidi, e la soluzione del quale diviene limpida dopo semplice filtrazione. Con questa sua recente comunicazione egli c'informa che facendola agire, polverizzata od in soluzione concentrata, si può dopo 1 ½ minuti ottenere una diminuzione della sensibilità tattile, della termica, della riflessa, fino della gustativa facendola agire sulla mucosa linguale; assicura che sperimentata su vasta scala nella Clinica del Professor Schrötter, ha dato brillanti risultamenti, come anestesico, segnatamente nei casi di pericondrite tubercolare, in qualche caso di papilloma multiplo laringeo ecc. (1). In ultimo fa utili ammaestramenti perchè l' azione del farmaco non venga frustrata. Quando per esempio, si tratta di lievi dolori e di poca eccitabilità riflessa, egli consiglia le pennellazioni al 10 %; nei casi contrarî, specie se l'organo passionato è la laringe, quella al 20 %. Quando si vuole tentare una qualsivoglia operazione nel cavo laringeo, ei conviene che l' istrumentario sia bello e pronto prima, e le pennellazioni cadano su tutti i punti del laringe, previa anestesia del faringe nonchè di tutti quei tessuti contro i quali potrebbero gl' istrumenti venire in contatto. Perchè questo punto sia scrupolosamente tenuto di mira, si consigliano delle manovre esploratrici con la sonda, intese a provare se l' anestesia è avvenuta, dacchè non è inutile soggiungere che talfiata in individui impressionabili, o la si produce tardi, o male, onde può richiedersi più che una medicatura (come m' è avvenuto); allora si devono fare successivamente, appena trascorsi pochi minuti, altre pennellazioni. Anzi, se l'operazione è di una qualche durata, è bene ripeterle.

Jelinek, infine, ci fa sapere che si è servito della soluzione idroalcoolica che prescrive così:

(al 10 %)	Cloridrato di cocaina . . .	grammi 1
	Acqua distillata	» 8
	Alcool rettificato	» 2
(al 20 %)	Cloridrato di cocaina . . .	grammi 1
	Acqua distillata	» 3
	Alcool rettificato	» 2

(1) È un'azione però codesta mediocremente fugace, dacchè pare che si esaurisca in pochi minuti (5—10), come ne occorrono soli 2—3 perchè cominci a prodursi. Secondo Lublinski, l' anestesia comincia 2—3 minuti dopo le pennellazioni ed è completa dopo 5—6, ma non dura più di 10—15.

Ad uguali risultamenti è pervenuto Knapp di New-York, quantunque questo sperimentatore se ne fosse servito a preferenza per anestesia nella congiuntiva oculo-palpebrale. Però, dalle poche osservazioni che ha fatto nel campo degli organi che c' interessano, è agevole concludere che l'idroclorato di cocaina agisce sulla sensibilità della lingua e del faringe, modificandole potentemente.

Roosa, che se n'è servito, n'è entusiasta; in un articolo che intitola « il nuovo anestesico locale » fa acconce relazioni dei vantaggi che ne ha tratto, accordandosi sui risultamenti precedenti.

D'oltre alpi non ci è venuto che un altro lavoro, quello dei Dottori Moure e Baratoux. I quali, dopo aver fatto notare che dalle pubblicazioni precedenti apparrebbe, sino ai giorni nostri ignorata l'azione anestesica della coca, stabiliscono alcuni precedenti di una certa importanza storica. Sin dal 1877, Fauvel utilizzava l'azione anestesica di questo farmaco; nel 1878 se ne serviva pure Coupard, aiuto del Fauvel, e gli Autori stessi, e poi il Dott. von Aureso, il Dott. du Cazal ecc. Si era adunque (in conclusione) pensato all'azione anestesica, o meglio anelgesica della coca, ma è utile constatare che l'alcoolatura delle foglie di questo medicinale non poteva esser impiegato in tutti i casi, e adoperato, non valeva gran che. Laonde conviene considerare come un reale progresso l' introduzione di nell' alcaloide nella terapia. Ed anche essi hanno usato con successo il farmaco in parola, nella dose del 3 al 5 °/₀ in moltissimi casi, tra i quali citano l'asportazione di un polipo della corda vocale sinistra in un infermo in cui erano pronunziatissimi i movimenti riflessi, ed un altro in cui si potette penetrare lentamente nella laringe e facilmente portar via un piccolo neoplasma. Onde pensano che per tutto questo è agevole servirsi della galvanocaustica, potendo operare su parti private di sensibilità.

Nonostante che vi sia qualche punto nero che riguarda segnatamente posologia del farmaco, in quanto cioè non si possono fare che poche pennellazioni in una stessa seduta, e qualche altro che riguarda il prezzo elevato, Moure e Baratoux non indugiano a proclamare che « quest'alcaloide è destinato a tenere un posto importante nella terapia delle rino-laringopatie e di altri organi ». Recentemente, in seno dell'Accademia Medica Berlinese, Lublinski, Evald e Heymann hanno emesso egualmente, intorno all'idroclorato di cocaina nelle malattie della gola, favorevole e concorde giudizio. Henschel solo ne parla con minore entusiasmo.

Guardando un po' in casa nostra, noi siamo felici di far noto che già da alcuni sono state istituite delle esperienze cliniche. Fin dal 18 ottobre p. p., il Professor Labus, provvistosi di cocaina, fece le prime prove come analgesico in un grave caso di odinfagia da tubercolosi che avea distrutta l'epiglottide e contro la quale non eran giovato per nulla le solite

pennellature di morfina, ricavandone pronto, benchè fugace sollievo. Breve tempo dopo, vista la poca solubilità della cocaina, egli si servì dell' idroclorato dell'officina Merck di Darmstadt, e mercè una soluzione concentrata ottenne una perfetta anestesia della laringe fino a compire, con tutta precisione, l' asportazione di un papilloma molto diffuso della corda vocale destra e della pagina interna della eminenza aritenoidea destra in infermo grandemente intollerante. Ripetette in altri le medesime applicazioni e sempre con gli stessi completi risultamenti; anche in un caso nel quale dovette praticare l'esame rinoscopico posteriore, ed eseguire l'asportazione di un polipo mucoso situato nel cavo naso-faringeo, Labus rimase contento dell'anestesia raggiunta, onde si crede in dritto di poter affermare che le sue esperienze « si accordano perfettamente con quelle pubblicate da Jelinek. »

Dopo tutto ciò, vo' dire io pure una parola sulla cocaina, sebbene il giudizio sia prematuro, dacchè per fabbricare o demolire una opinione scientifica, ei conviene non già fermarsi alle prime impressioni, ma ripetere le esperienze, con esattezza, con scrupolosità, e talora cercare la spiegazione dell' insuccesso o delle controversie, nelle vere cagioni. Anch'io me ne sono servito in parecchi casi e ne ho avuto questi risultamenti:

1) In un ipocondriaco, affetto da iperestesia della faringe con sensazione di puntura ad un lato, nessuna modificazione; parve all' infermo che la punta abbandonando la sede solita, si spostasse più nel centro.

2) In una isterica con spasmo grave dell' esofago, e sensazione dolorifica verso il lato sinistro dell'adito esofageo, nessun vantaggio.

3) In un caso di tonsillite parenchimatosa ascessata e vuotata, sollievo notevole nel punto della incisione.

4) In 3 casi di polipi laringei: *a*) papillomi diffusi in una Signora, nella quale bisognava togliere piccolissime vegetazioni dalle aritenoidi — ottimo effetto; *b*) ispessimento del margine libero della corda destra (angolo di commessura—risultato buonino (1); *c*) escrescenze papillari della inter-aritenoidea – risultato buono.

E quantunque i casi non sieno moltissimi, io credo potere, provvisoriamente, formulare i seguenti corollarî:

L' idroclorato di cocaina è un buon anestesico per la laringe, ma la soluzione al 10 °/₀ non vale: ci vuole quella al 20 °/₀ È pronto nell' azione, ma questa è passaggera — dura 1—2 minuti, onde conviene affrettarsi per operare (2). Nel caso *b* ci vollero 3 pennellazioni.

---

(1) Poichè mi sono atteggiato a semplice cronista, registrerò che nella 3ª o 4ª volta in cui tentai l'idroclorato di cocaina sullo stesso soggetto, non ottenni che lievissima anestesia.

(2) In questo io differisco un po' da quanto altri han riferito; l'anestesia, secondo me, comincerebbe più presto, e si dileguerebbe più sollecitamente.

Ora se l'effetto anestetico sarà provato vero e costante (noi all'Ambulatorio ne continuiamo gli esperimenti anche sopra individui sani), non v'è dubbio che potrebbe venire usato nell'idrofobia, come rimedio sintomatico, nello spasmo esofageo e laringeo, allargando così il campo della sua azione. Credo nondimeno che il valore sia stato esagerato, forse dall'aver veduto quello che non era lecito sperare altrimenti, e con così semplice mezzo. Richiede però sempre l'abilità di un esperto laringoscopista, sia per far bene le pennellazioni, sia per eseguire prontamente una operazione, ed in ciò dissento da Schrötter. Converrà studiare se, e come può riuscire tossico (1); quali sono i mezzi per combattere i fenomeni tossici. Conchiudendo, opino che sia un buon ritrovato, ma non tale da meritare che si suonino le campane a stormo.

F. Massei.

Sezione Laringologica *nell' ottavo congresso internazionale di Medicina.*

Il congresso medico tenuto nell'agosto di quest'anno in Copenaghen è riuscito imponente per il numero ed il valore scientifico dei medici intervenuti; anzi, a giudicare dall'entusiasmo con cui tutti ne parlano, sembra che l'accoglienza a quella solenne adunanza di dotti non poteva essere nè più splendida, nè più cordiale.

La laringologia fu anch' essa degnamente rappresentata. La lista dei presenti ascese a 48, tra i quali 21 della Germania e dell' Austria, 9 scandinavi, 7 americani, 4 inglesi, 3 francesi, 2 belgi, 1 polacco, ed 1 russo. Fra i laringologi più noti citeremo Schnitzler e Chiari (Vienna), Catti (Fiume), B. Bränkel, Böcker, Krause, B. Baginsky (Berlino), Beschorner (Dresda), Schäffer (Brema), E. Fränkel e Michael (Hamburg), Gottstein (Breslavia), Bresgen (Francoforte sul Meno), Bosworth e Dryson Delavan (New-York), Hooper (Boston), Roe (Rochester), Daly (Pittsburgh), French (Brooklyn), Morell Mackenzie, Woakes, Semon (Londra), Moure (Bordeaux), Martel (Parigi), Hering (Varsavia), Bayer (Bruxelles).

Senza troppo occuparci delle feste e degli onori, debitamente resi a così eminenti scienziati, crediamo utile, nell'interesse dei nostri lettori, riferire sommariamente le più importanti comunicazioni fatte nella sezione di Laringologia.

---

(1) Blumental in un infermo osservò fenomeni molto gravi (tremore nei muscoli, midriasi, vertigine) ma in seguito alla *injezione ipodermica* di un decigramma; se non che, in dieci minuti questi accidenti erano scomparsi. Heymann racconta di un farmacista che avendo ingoiato 20—25 centigrammi di cocaina, non avvertì altro che lieve malessere per alcune ore.

Felix Semon—*Classifica etiologica delle paralisì della laringe.*

L'Autore prende in esame quest'argomento, facendo conoscere le ragioni che lo inducono a proporre una nuova classifica dei disturbi motori della laringe. Secondo lui, le classifiche fatte finora sono incomplete; esse furono accampate per comodo degli autori, oppure basate sopra principii anatomici; quindi peccano per esclusivismo, ragion per cui spesso fanno perdere di vista la intima correlazione che esiste con certe speciali forme di disturbi motori. In fine, molte pretese classifiche (e ve ne sono un gran numero) non sarebbero altro che una semplice enumerazione di alterazioni patologiche.

L' Autore spera che in vista della complessità di questo argomento, il metodo fondato sulla etiologia, che abbraccia non pure i disturbi meccanici ma anche quelli di origine nevro-muscolare, sarà vantaggioso sotto il punto di vista dello studio delle paralisi ed anche della esatta interpretazione della natura di tutte quelle motrici della laringe, che si presentano all'osservazione del pratico.

Max Bresgen—*Catarro cronico della cavità naso-faringea. Patologia.*

1) Secondo l'Autore, la parola « catarro » si rapporta ad un sintoma, e quindi non caratterizza che imperfettamente la malattia che si vuole indicare. Bisogna quindi bandirlo, e per ora è opportuno servirsi dei termini « rinite » e « faringite ».

2) La rinite e la faringite sono malattie infiammatorie della mucosa e degli elementi glandolari che quest'ultima contiene.

3) L' ozena semplice non è una malattia autoctona, ma un' atrofia terminale del catarro cronico di forma ipertrofica, dal quale è sempre preceduto; quest' esito non ancora è stato spiegato in modo soddisfacente.

4) L' affezione denominata « catarro secco », nella quale lo scolo dal naso è insignificante o nullo, è dovuto ad una rinite intensa, in seguito alla quale la mucosa è talmente rigonfia e tumefatta, che le cavità del naso sono completamente ostruite.

Contemporaneamente all' ozena, esiste sempre, ed in grado più o meno accentuato, una faringite cronica, ipertrofica, che rende impossibile qualsiasi secrezione, durante il tempo in cui esiste codesto stato patologico. Allorchè in alcuni momenti le vie nasali divengono pervie, si verifica subito una profusa secrezione.

5) Dal punto di vista etiologico, è a notare che oltre alle influenze morbigene le quali irritano la mucosa, l'eredità vi esercita una influenza importantissima. Gl' individui presentano allora una predisposi-

zione molto speciale alle flogosi della mucosa delle prime vie aeree, oppure questa membrana diviene sede di un'alterazione patologica.

6) Il fetore (nell' ozena semplice) che appare nel corso di certe riniti e faringiti croniche, non è stato ancora spiegato. È probabile, che parecchie cause concorrano alla sua produzione.

7) L' epistassi non traumatica è sempre un sintoma di rinite.

8) Nei casi di asma, di emicrania, di cefalalgia ecc., è sopratutto necessario di esaminare diligentemente le fosse nasali; senza codesto esame, qualsiasi cura delle dette malattie e di altre della stessa natura deve essere considerato come destituito di base scientifica.

9) Un gran numero di fenomeni concomitanti della rinite e della faringite si compiono mediante vie nervose, in virtù delle quali, regioni completamente separate fra di loro per la posizione, vengono intimamente connesse.

10) In tutti i casi, e specialmente nei bambini, nei quali le vie nasali appaiono libere, il naso e la faringe debbono essere accuratamente esaminati.

11) Il trascurare quest' esame può riuscire pericoloso per la salute e per la vita. In fatti, la ostruzione delle vie aeree superiori impedisce considerevolmente lo sviluppo dei pulmoni e del torace, ed il bambino, dalla scrofola è esposto ai pericoli della tubercolosi.

12) Le malattie della cavità naso-faringea richieggono da parte del medico una cura pari a quella che si presta per le affezioni delle orecchie e degli occhi.

J. Schnitzler. *Le inalazioni medicamentose nelle malattie delle vie respiratorie.*

Le inalazioni medicamentose fanno parte della cura locale degli organi respiratorii. La loro azione è meno profonda e quindi meno efficace di quella dei rimedii applicati direttamente sulla mucosa inferma, ed è noto che oggi col sussidio dello specchio laringoscopico è possibile applicare direttamente i rimedi nella laringe, nella cavità naso-faringea ed in parte anche nella trachea. Ciò nondimeno, non cade dubbio che le inalazioni medicamentose sono di una utilità incontestabile nelle affezioni dell' apparato respiratorio. La loro efficacia raggiunge il maximum, sopratutto nelle prime vie aeree, dove agiscono ad un tempo come medicamento diretto e come coadiuvante della terapia locale propriamente detta; tuttavia, anche per le parti profonde dell' apparato respiratorio, alle quali la medicazione locale in complesso difficilmente può essere applicata, le inalazioni costituiscono un processo terapeutico eccellente, che non è sostituito da altri.

Prima di valutare i mezzi ed i metodi adoperati nelle inalazioni, bisogna indagare: 1) sotto quale forma i medicamenti inalati perven-

gono più sicuramente negli organi della respirazione, 2) fin dove penetrano, 3) fino a qual punto esercitano la loro influenza.

I gas sono quelli che penetrano più facilmente e più profondamente nelle vie aeree; ad essi seguono i vapori ed i suffumigi; in ultimo vengono i liquidi polverizzati. Quanto alle polveri solide (che d'altronde vengono adoperate piuttosto per insufflazioni che per inalazioni), l'Autore crede di poter dispensarsi dal prenderle in considerazione.

Egli passa successivamente in rivista i gas ed i vapori, dei quali si fa uso nelle inalazioni: ossigeno, azoto, idrogeno, acido carbonico, solfuro di carbonio, jodoformio, cloroformio, etere, nitrito di amile.

Esaminando le inalazioni dei vapori, descrive sommariamente gli apparecchi, ma insiste a lungo sui medicamenti, ed istituisce un paragone fra l'efficacia di questi ultimi e quella dei liquidi polverizzati, adoperati con apparecchi speciali, a temperatura bassa. Indi, dimostra, tenendo a base le ultime ricerche, la quantità di ogni medicamento che penetra nelle parti profonde delle vie aeree, e quella che si arresta nelle parti superiori; ciò nell'intento di stabilire un dosamento più esatto di questi medicamenti, quando vengono adoperati in forma di inalazione.

Passa poscia in rivista gli *astringenti* (allume, acido tannico, solfato di zinco, acetato di piombo, percloruro di ferro, nitrato di argento, solfato di ferro, cloruro di zinco), i *risolventi* (cloruro di sodio, cloruro e bromuro di potassio, cloridrato di ammoniaca, carbonati e bicarbonati alcalini, biborato di soda, acido lattico, acqua di calce, solfato di soda, alcalini, acque minerali diverse), gli *antisettici* ed *antiputridi* (essenza di trementina, olio di cade, acqua di catrame, acidi fenico, salicilico, e benzoico, creosoto, timolo, eucalipto, permanganato di potassa, emulsioni balsamiche, balsamo del Perù, del Tolù, della vite di Hoffmann), i *narcotici* (oppio e morfina, josciamina, stramonio, belladonna, acqua di lauro-ceraso), ed in fine i medicamenti che hanno un'azione specifica (iodo, mercurio, arsenico, ecc.).

Circa la quistione delle inalazioni medicamentose, Schnitzler nota che non vi ha molto di nuovo a dire, e si è addossato il còmpito di esporla, soltanto dietro reiterate insistenze del comitato di organizzazione del Congresso. Ciò nondimeno, egli crede che la sua conferenza potrebbe riuscire utile qualora provocasse sull'argomento una discussione fra specialisti, che posseggono tutti una grande esperienza su tal genere di cura.

Secondo lui, uno scambio di idee sul proposito sarebbe tanto più opportuno, in quanto che da una parte gli ottimisti vantano le inalazioni come rimedio infallibile contro tutte le malattie, mentre d'altra parte vi sono pessimisti, che negano ad esse qualsiasi valore terapico. Così per esempio, un eminente clinico berlinese ha detto ultimamente essersi convinto che il metodo delle inalazioni è inefficace.

L'Autore dichiara di avere una opinione molto diversa, fondata sul-

la lunga osservazione personale. Egli riguarda le inalazioni medicamentose come un mezzo terapeutico prezioso, in un gran numero di malattie degli organi respiratorii.

Seffert. *Trattamento della difterite: α) trattamento medicamentoso.*

Secondo Seffert, il trattamento della difterite deve essere praticato secondo la speciale natura dei sintomi che si manifestano nella superficie; quindi, deve essere locale.

Si può agire in due modi: o facendo scomparire le produzioni morbose (le pseudo-membrane) dissolvendole, o rendendole inoffensive con gli antisettici. Le causticazioni debbono essere riprovate.

Ribbing. *Trattamento della difterite: β) trattamento strumentale.*

La difterite, secondo Ribbing, sarebbe una malattia prodotta da un contagio specifico.

Nel momento in cui essa esordisce, è locale. Sede di predilezione è la gola.

Il trattamento principale consiste nel rivolgere la massima attenzione allo stato generale dell'infermo; laonde è della massima importanza iniziare la cura al più presto possibile, cioè fin dai primordii della malattia.

Per la cura topica, secondo l'Autore i caustici sono inutili, gli astringenti ed i dissolventi inefficaci; essi non arrecano alcun vantaggio, eccezion fatta per i tonici e per gli stimolanti in alcuni casi. Il trattamento deve essere istrumentale.

Conclusione. Isolamento, alimentazione sostanziosa, aria fresca. Nettare la gola mediante gargarismi. Disinfettare con sostanze liquide adoperate con la siringa. Asportare le pseudo-membrane con un cucchiaio a bordi taglienti, e cauterizzare col nitrato d' argento solido le superficie raschiate.

G. Lewin. *Le affezioni sifilitiche della laringe; loro forma e frequenza.*

Secondo Lewin, le alterazioni specifiche sono:

α) L' *eritema*, che è caratterizzato dalla tendenza allo sfaldamento superficiale. Il catarro della laringe esiste soltanto nei casi che complicano altre malattie.

β) Le *placche mucose* (d' altronde poco accentuate) si osservano sulle parti delle corde vocali munite di papille. La loro ulcerazione non può essere affermata con certezza.

δ) La *pericondrite* non è sempre effetto di propagazione dai tessuti

che ricovrono le cartilagini, in quantochè il pericondrio può anche essere affetto primitivamente.

ε) L' edema della laringe, in generale, è secondario nei sifilitici. Esso è dovuto ad altre cause morbose che si associano alla laringite specifica.

2) La sifilide laringea è relativamente rara, quando la sifilide viene sottoposta ad un trattamento razionale.

3) La prognosi di tutte le affezioni sifilitiche della laringe è (tranne la stenosi cicatriziale) molto favorevole, quando vengono curate con le injezioni sottocutanee, secondo il metodo istituito dall' Autore.

Bosworth. *La struttura delle tonsille e loro affezioni ,considerate dal punto di vista pratico.*

Bosworth afferma che le tonsille costituiscono un gruppo di glandole dure, non un organo a forma di mandorla, circondato da un involucro fibroso, come viene descritto dagli anatomici. Le tonsille e le glandole della faringe sarebbero identiche, vuoi sotto il punto di vista anatomico e fisiologico, vuoi sotto quello patologico.

Le stesse malattie si osservano sulle une e sulle altre, tranne l'angina, che non è una tonsillite, ma una infiammazione flemmonosa del tessuto cellulare del velo pendolo o della faringe.

Le malattie delle tonsille sono: la tonsillite catarrale, la follicolare acuta, la cronica e l' ipertrofia. Contro quest'ultima non vi ha che un solo trattamento: l' estirpazione, che viene praticata col tonsillotomo. Non vi ha giammai emorragia nei bambini, spessissimo negli adulti, ma non è pericolosa, bensì sovente penosissima. Il miglior modo per arrestarla è l' uso del cauterio attuale.

In generale, l'angina si collega ad un abito reumatico, e viene scongiurata col salicilato di soda.

Bosworth *La voce di canto e sua educazione metodica.*

Gli organi della fonazione comprendono tutta la parte superiore delle vie aeree. Dal punto di vista della produzione della voce di canto, si potrebbe affermare, con Bosworth, che l'importanza della laringe è stata esagerata.

I principii dell' educazione vocale debbono essere fondati sulle leggi generali della fisiologia. L' uso del laringoscopio ha dato luogo alla introduzione di un gran numero di metodi, i quali sono fondati sopra idee troppo meschine, relativamente alla produzione dei suoni.

Nessuno può essere ritenuto come razionale, qualora esso — al pari di quello qualificato come *addominale* — dia uno sviluppo troppo grande ad un solo fattore della produzione vocale.

I registri della voce sono — fino ad un certo punto — arbitrarii ; ogni individuo ha il suo proprio registro.

L' estenzione della voce dev' essere aumentata facendo filare le note, che possono essere prodotte agevolmente.

Hering. *Sulle causticazioni di acido cromico nelle malattie della cavità nasale.*

Hering fonde l'acido cromico sopra una sonda, prendendone un cristallo sulla punta, che mantiene poi per qualche tempo sopra una fiamma. Se il calore è troppo ardente, l'acido cromico si decompone. L'Autore crede che quest'ultimo sia destinato a fare una concorrenza alla galvanocaustica. Esso riesce meno doloroso e dà risultamenti più rapidi, in quanto che la reazione è minore di quella che si ha con la galvanocaustica; le lesioni prodotte guariscono più rapidamente. Per impedire fenomeni di intossicazione, Hering subito dopo l'applicazione dell'acido cromico, inietta tant'acqua attraverso il naso, finchè essa non effluisce più colorata in giallo. In questi ultimi tempi, però, invece dell' acqua ha adibito una soluzione di soda (8 : 1000), e prima della causticazione fa bere la soluzione di soda (4 : 100). Con ciò viene allontanata qualsiasi influenza nociva. Prima della causticazione, la cavità nasale viene detersa con acqua tiepida o con una leggiera soluzione di borace. Hering adopera l'acido cromico nelle croniche tumefazioni della mucosa nasale (bastano allora soltanto 2—6 sedute) nonchè contro le vegetazioni adenoidi e le reliquie di polipi.

Schmiegelow. *Alcune osservazioni sui rinoliti.*

L' Autore richiama l' attenzione del Congresso su questa speciale classe di corpi estranei che vengono riscontrati nelle vie aeree, e sono qualificati col nome di *rinoliti* ; ne riferisce un caso importante nel quale ottenne la guarigione, dietro asportazione del corpo estraneo con una robusta pinza.

I rinoliti sono tanto rari, che molti pratici non ne hanno riscontrato alcun caso durante la loro carriera professionale. Negli annali della medicina ne sono registrati pochissimi, che risalgono a circa trecento anni or sono. Il primo a menzionarli fu Mathia de Gardi nel 1502; più di un secolo dopo, il celebre medico danese Tommaso Bartholin ne riferì due casi interessanti. Nel 1859, Demarquay ne trovò registrati soltanto 15 negli scritti di autori medici. Più tardi la rinoscopia ha fatto grandi progressi, ed il numero dei rinoscopisti in questi ultimi tempi è aumentato considerevolmente. Ciò malgrado, rarissimamente Autori recenti fanno menzione di rinoliti. Stoerk, malgrado la sua grande esperienza, non ne ha accertato che un solo

caso, ed in Danimarca, tranne quelli riferiti ora dall'Autore, vengono citati soltanto quelli di Bartholin. Ciò che rende tanto importanti i rinoliti è, non solo la loro grande rarità, ma anche la difficoltà che si presenta nel diagnosticarli. Il medico in tali evenienze crede a tutt'altro che alla presenza del calcolo, e vi sono molti casi nei quali per anni interi l'infermo fu curato come se si trattasse di necrosi dello scheletro del naso o di tumori maligni della cavità nasale, finchè un bel giorno venne accertata accidentalmente la natura reale dell'affezione. Come esempio recente di tali equivoci diagnostici, può essere citato il caso riferito da Jacquemart negli *Annales des maladies de l'oreille* (Marzo 1884).

L'Autore termina la sua relazione con la seguente conclusione:

Se si ha da fare con un individuo robusto, il quale gode buona salute, e per anni interi ha sofferto l'ostruzione di una delle narici con scolo purulento e fetido, e si constata un corpo estraneo duro, il quale ostruisce la cavità nasale, bisogna sempre supporre che si tratti di un calcolo, purchè non vi sia alcuna deformità dello scheletro facciale, giacchè quest'ultimo fatto dinoterebbe piuttosto che si tratta di un sequestro.

Bayer. *Accumulatori e Galvanocaustica.*

Le conclusioni alle quali è pervenuto il detto Autore in questa importante relazione, sono le seguenti:

1) Gli accumulatori o pile secondarie sono: destinati a facilitare l'introduzione della galvanocaustica nella pratica, in modo più agevole di qualsiasi apparecchio di galvanocaustica;

2) è facile conservarli; quando sono caricati e ben tenuti non richieggono altra cura che di essere ricaricati, tranne il caso che vengano mantenuti continuamente attivi mercè pile elettriche;

3) sono di un uso più duraturo di tutti gli altri apparecchi di galvanocaustica;

4) sono di una costanza che permette, in modo assoluto, di contarvi sopra per la operazione, il che non può dirsi per molti altri apparecchi di galvanocaustica;

5) per i clienti in città possono essere adibiti vantaggiosamente per gli usi più svariati: cioè per la corrente continua, per quella d'induzione, ecc.;

6) possono essere contemporaneamente adoperati per il rischiaramento elettrico.

Gouguenheim. *L'edema laringeo nella tubercolosi della laringe.*

Secondo l'Autore, la complicazione che porta il nome di edema la-

ringeo o piuttosto delle pieghe ari-epiglottiche, nel corso della tisi laringea, soltanto eccezionalmente è caratterizzata da versamento di liquido nelle maglie del tessuto cellulare, e se è dato constatarne l'esistenza, è soltanto in proporzioni eccessivamente minime; giammai l'infiltrazione è edematosa. Ma se la tumefazione ari-epiglottica raramente è costituita da accumulo di liquido, vi sono però casi nei quali il versamento è causa della tumefazione del tessuto cellulare. Questi casi non sarebbero molto comuni.

Qualunque sia la sostanza della tumefazione ari-epiglottica, è possibile, fondandosi sull'osservazione clinica, affermare che la lesione localizzata a questa regione non provoca mai dispnea, ma che spesso essa può essere latente, se non si ricorre all'esame laringoscopico. E quando accidentalmente provoca accessi di soffocazione, ciò non dipende punto dalle ragioni immaginate dagli Autori, che hanno descritto questo edema un cinquant' anni or sono.

Poichè la complicazione denominata edema della glottide può essere costituita da un' infiltrazione sia solida, che liquida, l'Autore crede che sia opportuno distinguerla in due specie, alla prima delle quali ha impartito il nome di pseudo-edema (che sarebbe la più frequente), ed alla seconda quello di edema vero.

Sono questi i più rilevanti articoli letti nella sezione laringologica. Un fatto, importantissimo, e forse nuovo, è accaduto: ci piace riferirlo ai nostri lettori. Terminati i lavori del Congresso, è stata cantata una bellissima poesia del dottor Michel in onore del professor Guglielmo Meyer, che — come è noto — si è reso tanto benemerito della scienza per i suoi studii sugli adenomi della cavità naso-faringea. Noi crediamo far cosa grata riportandola qui integralmente, e dandone poscia una traduzione in prosa più o meno libera, più o meno slavata e slombata, per così dire, la quale non dà che una pallida idea della *verve* e dello spirito finissimo che si ammira in ogni verso. Eccola:

In der Nase tiefsten Gründen
Ist ein wunderschöner Ort
Und dies Lied soll euch verkünden
Was geschehen alles dort.
Früher dachte jemand kaum
An den Nasenrachenraum.
    Bis einmal bei Herrn Meyer
    Sich ein Mädchen eingestellt
    Die war taub ganz ungeheuer
    Manches andere ihr noch fehlt
    Schön zum Beispiel war sie nicht
    Dumm dagegen ihr Gesicht.

In die Welt blickt sie apathisch
Athmet durch den Mund sogar
War indessen nicht asthmatisch
Weil das noch nicht Mode war.
« M. » und « N. « das sprach Sie nie
« Beyer » sagt statt « Meyer » Sie.
Meyer nun mit seinem Finger
Untersuchte digital
Und die sonderbarsten Dinger
Fand er dort in grosser Zahl
Hierauf sagt er sich sogleich
« Passt nur auf, gleich hab' ich euch ».
Und mit dem beringten Messer
Krätzte er das Mädchen aus,
Gleich hört die Patientin besser
Und sah gleich ganz reizend aus.
Ihre Sprache ist gesund,
Und sie athmet durch den Mund.
Und sie sprach: Ich danke herzlich,
Der Erfolg ist wunderbar,
Freilich war die Sache schmerzlich,
Doch die Stimme ist jetzt klar.
Gleich kommt auch ein junger Mann
Bietet Hand und Herz ihr an.
In Archiv von Herrn Schwartze
Hat Herr Meyer nun erzählt;
« Die Patientin besser ward Sie »
« Und sogar ist vermählt »
« Und als Brautpaar ihn und Sie »
« Zeigt uns die Photographie ».
Viele die nach einem Freier
Lang vergeblich blickten aus,
Sprachen: « O du guter Meyer »
« Kratz'uns anch die Nase aus »
« Meyer hat dies auch vollführt
Und zweihundert operirt.
Und in allen Regionen,
Wo es Specialisten giebt,
Haben an Vegetationen
Ihren Scharfsinn sie geübt.
Und sie bringen manchmal gar
Uns ein grosses Honorar.
D'rum für Euch, Ihr Wucherungen,
Glühe ich wie ein Kauter heiss,

D'rum sei euer Lob gesungen
Töne euer höchster Preis;
Und im Beethovenschen Liede
Schlösse ich: « Adenoide ».
Darum gilt die heut'ge Feier
Jenem lieben, braven Mann,
Dem Professor Wilhelm Meyer
Der so viel für uns gethan.
Ihm und seinen Secretären
Die wir alle hoch verehren.
Und weil mit der todten Sprachen
Meyer uns bekannt gemacht,
D'rum in einer todten Sprache
Sei ein Hoch ihm jetzt gebracht:
« Meyer semper valeat! »
« Vivat! Crescat! Floreat » (1).

Eccone, ora, la libera e prosaica versione:

Nei più profondi antri del naso, vi ha una località meravigliosa; questo canto deve annunziarvi tutto ciò che ivi è avvenuto. Per lo passato, nessuno sospettava la esistenza della cavità naso-faringea. — Finchè una volta si presentò a Meyer una giovanetta orribilmente sorda, alla quale mancavano pure altre cose; così, per esempio, non era punto bella, ed il suo volto aveva un aspetto stupido. - Aveva una espressione apatica, respirava persino attraverso la bocca, ma non era punto asmatica, perchè ciò.... non era ancora di moda; non le riusciva di pronunziare « m » ed « n », e quindi profferiva « Beyer » invece di « Meyer ».— Col suo dito, Meyer praticò l'esame digitale, e scoverse un gran numero di cose, le più meravigliose che mai. Indi disse fra di sè: « Orsù in guardia, vi ho subito fra le mani ». — E col bisturi a forma circolare raschiò la cavità naso-faringea della giovanetta, la quale ben presto migliorò, e presentò un aspetto molto attraente. La sua voce ridivenne normale; ella respirava per la bocca. — Ed allora disse: « La ringrazio di cuore. L'effetto è meraviglioso ». In vero, che la cosa era affliggente; ma oggi la voce è limpida e chiara. Quando ecco farsi innanzi un giovanotto, che le offre la mano ed il cuore. Nell'archivio del Signor Schwartze, Meyer ci ha narrato: « L'inferma migliorò, ed oggi è maritata », e ci ha mostrato la fotografia della giovine coppia. Molte ragazze affette da vegetazioni della cavità naso-faringea, le quali invano per lungo tempo avevano sospirato un va-

(1) Questa poesia fu cantata sull'aria della canzone: « *In der grossen Seestadt Leipzig* », etc.

gheggino, vedendo il prodigio accaduto dissero: « Oh! mio bravo Meyer, raschia pure a noi il naso », ed il buon Meyer lo ha fatto e ne ha operato ben duecento. — Ed in tutte le regioni dove vi sono specialisti, questi hanno aguzzato il loro ingegno onde debellare le vegetazioni della cavità naso-faringea, le quali talfiata ci rendono pure bei gruzzoli di scudi. — Gli è perciò, a voi sublimi vegetazioni, che io intono la mia lira, ed altamente vi glorifico e decanto; Beethoven inneggiò alla sua Adelaide; io glorifico voi, o vegetazioni adenoidi—soggetto del mio canto ed anche della festa, che si celebra in onore del bravo professore Guglielmo Meyer e dei suoi segretarii, che noi tutti tanto altamente stimiamo e pregiamo. Or siccome il bravo Meyer ci ha fatto conoscere un suo prodigio in un' affezione ove la favella muore, gridano tutti con me, in una lingua morta:

« Meyer semper valeat
Vivat, crescat, floreat ».

W. Meyer

NECROLOGIE

Luigi Somma. — Compisco un dovere, e forse meglio direi obbedisco ad un bisogno trapotente dell'animo, nel ricordare di quest'uomo, che tanto amai e stimai, le singolari doti, i non pochi meriti scientifici, i legami di affetto che avea saputo seminare tra amici e clienti, tra colleghi e discepoli.

Il compianto e l' elogio che lo accompagnarono, e tuttora lo accompagnano nella tomba, avrebbero potuto imporre silenzio ad un giornale che di Pediatria non si occupa; ma Luigi Somma prima d' essere pediatra, era clinico di fama, ed agli uomini ai quali l' ingegno e lo studio fan salire gli alti gradini della gloria, s' inchinano tutti, anche i più modesti gregarii! Se non chè, a me, direttore di questi Archivii, Luigi Somma era stato maestro, ed era amico affettuosissimo: in mille dolorosi rincontri fu, nella mia casa, medico zelante e fortunato; alle sue amorevoli cure io devo la vita, che grave ileo-tifo mi contrastava!

Come chiudere il labbro, come trattenere l' impeto della gratitudine che mi erompe dal petto? Oh! io non avrei giammai creduto che un giorno, obbedendo agl'impulsi del cuore, avessi dovuto dare pubblicità

iondi di gratitudine ond' era mosso per te, senza che ,, potessi ascoltarli e compiacerti di non aver seminato eno!

·oto nel mondo medico chi egli fosse, quanta attività spie-oredità che lascia alla scienza. Periodici nazionali ed esteri .ato, nel suo nome, i tanti lavori che egli lascia in eredità, il che ebbe nella cura delle malattie infantili, gli sforzi titanici per re alla Pediatria un posto autonomo e rispettato. Ma pochi san-e l' opera così mirabilmente compita, era tutta dovuta al suo in-o robusto ed alla tenacità che poneva negli studii.



Pochi han lavorato quanto lui, pochi ponno vantare una così estesa letteratura !

Egli, che già insegnava Patologia e Clinica, studiava con un fervore che era a noi di sprone. L'ospedale, la pratica privata, lo scrittoio, assorbivano la sua intera esistenza; la vita laboriosa del maestro era esempio memorabile pei discepoli, parecchi dei quali oggi sono Professori stimati nelle Università del Regno.

Giovane ancora, egli, ai lunghi e penosi studii dovette la palma raggiunta nei Concorsi per l'Ospedale degl' Incurabili e dell'Annunziata,

ove l'intuito clinico si affermò nelle lezioni dettate, nelle autopsie praticate, nelle statistiche scritte.

Educato alla vecchia Scuola, seguiva passo, passo il progresso verso cui camminava la nuova, e fu principale suo merito non aver sagrificato alle moderne le vecchie teorie, se non quando quelle aveano fondamenta salde; prova irrefragabile del patrimonio scientifico onde era adorno. L'abitudine alla osservazione corretta e misurata che eragli venuta dai suoi maestri, lo rendeva, in tal guisa, convinto, scrutatore, pieghevole, non già facile alle conversioni che nascono da poca solidità delle cose apprese.

La sua carriera non poteva meglio iniziarsi; due concorsi, nei quali avea avuto a rivali uomini provetti ed apprezzati, affermavano in lui doti non comuni, e fu suggello a questo, il premio onde venne insignito un lavoro fatto con la collaborazione del Professore Spatuzzi: « *Saggi igienici e medici sull'alimentazione del popolo minuto di Napoli* », su questo problema così importante e difficile.

La *Semiotica*, un libro che dopo qualche anno venne rifatto ed ampliato, comparso in tempi nei quali di lavori nazionali del genere v'era pressochè difetto, compendia tutto quello che la esperienza clinica gli avea suggerito, e basta scorrerlo per convincersi che nell' esame del paziente, l'autore era metodico, allo stesso modo come si mostrava alla Scuola, rigoroso ad oltranza, acciò non un fenomeno sfuggisse, non una regione del corpo per quanto piccola, restasse inesplorata. Laonde le splendide conferme di diagnosi oscure di malattie nervose e pulmonari, meritamente accreditarono la sua Scuola ed affezionarono a lui i suoi discepoli per modo, che anche dopo conseguita la laurea, gli rimasero cuciti all'abito.

Chi più di me può ricordarlo? – Nei giovani anni, sgravati dalla responsabilità degli esami, parecchi di noi nelle vacanze, e per anni, gli facevamo seguito negli Ospedali, contenti che un giorno non passasse senza apprendere cosa utile e pratica. Incoraggiati dal suo affetto, si pubblicava qualche caso interessante, e si era felici di coadiuvarlo nella raccolta dei casi clinici, sopratutto della statistica sulla tisi pulmonare, la quale resterà sempre un libro utilissimo a consultarsi, malgrado le vigenti teorie.

Con basi cotanto solide e col suo forte volere, egli non poteva non sollevarsi nella branca che tanto predilesse: le malattie dei bambini. Tra i numerosi lavori, quello sullo *Sclerema* ha vedute originali, precisione di concetto, solidità di fatti, e forse a ragione egli lo considerava come figlio prediletto.

L'indirizzo che lo guidava, che cercò trasfondere nei suoi scolari, era la chiave della sua operosità: registrare tutto il nuovo, era per lui un bisogno, che si era mutato in abito: il *pemfigo dei neonati*, *una forma morbosa articolare per sifilide ereditaria*, l' *anemia splenica*, la

cianosi, il *cefaloematoma* ecc., ecco tanti altri lavori che sono conseguenza naturale di quel sano precetto, divenuto per lui legge inviolabile.

E quando un punto nuovo fermava la sua attenzione, allora egli non avea tregua sinchè non avesse saputo quello che nel mondo si era, o non si era scritto. La sua biblioteca, per questa ragione, rifioriva sempre; le sue note particolari erano così complete, che bastava a lui chiedere informazioni sul tal libro o sul tale argomento per averle con una invidiabile precisione.

Ecco quel pò che io, da storiografo, ho voluto soggiungere, affinchè l'omaggio alla sua memoria si completasse. Ho fatto tacere il cuore, perchè la parola di un amico devoto e di un discepolo grato, poteva sembrare sospetta od audace, se pure i fatti da lui compiti avessero avuto bisogno di un piedistallo per rifulgere!

Ma quelle lagrime che io ho versato quando lo seppi morto; quelle ansie che provai nei momenti terribili della speranza e del timore, io sento rivenire oggi, che ne commemoro l'amara dipartita. È un vuoto che resta nella scienza ed in quella società ove solevamo ritrovarlo, ilare e spensierato, nei brevi momenti di riposo; è un ricordo incancellabile; un pensiero prepotente.

E se nel modesto fiore che depongo sul marmo che lo chiude, io ho compagni quanti lo conobbero e ne apprezzarono i pregi, io credo che sarà per tutti un caro ricordo leggere nei tratti del volto, in questa vignetta (1), la lealtà del suo carattere e la semplicità dei modi, che in lui talora contrastavano col rigore degli studii nei quali trovava pabolo e conforto!

F. Massei.

Aveva conosciuto a Milano, nell'epoca memoranda del Congresso laringologico, Emilio Blanc, ed una corrente di reciproca simpatia ci aveva uniti in un'amicizia che pareva avesse data remota.

Poi egli dalla sua Lione mi diresse qualche infermo che mi portava i suoi saluti ed il ricordo di quei cari giorni, onde sovente mi tornava alla memoria la sua dolce e simpatica figura. Aspettavo ancora sentir di lui, quando la Rivista di Moure ne annunziava la morte, avvenuta il 25 Agosto a Saint-Bonnet le Château, nella fresca età di 42 anni soltanto!

(1) Il dono del ritratto è gentilmente fatto dal fratello Dott. G. Somma, che con affetto smisurato e per gratitudine, nulla ha trascurato onde degnamente onorare la rispettata memoria.

Ed io, se tardi t' invio, o amico dilettissimo l' estremo vale, sento che l' animo non è meno affranto dal dolore e dal vuoto che tu lasci in questa nostra famiglia laringoiatrica!

Se le tue personali qualità mi legarono a te, in dolci vincoli, la tua modestia, il tuo sapere, la tua sobrietà li suggellarono. Lione perde un abile laringoscopista; un amico, noi a cui neppure fu concesso di recare la parola dell' estremo conforto!

F. Massei

LIBRI VENUTI IN DONO

Daly Dott. W. H. — A discussion on some questions relating to tonsillotomy, and clinical remarks upon deflections of the nasal septum, with a presentation of two cases made before the Allegheny county medical Society, at its meeting. Pittsburgh, Pa., 1883.

— Naso-antral catarrh and its treatment. Pittsburg, Pa., 1882.

— On the relation of hay asthma and chronic naso-pharyngeal catarrh. Pittsburgh, Pa., 1882.

Mackenzie Prof. M. — Hay fever. London, 1884.

De Renzi Prof. E. — Della scrofola. Lezioni due. Napoli, 1883.

Finamore Dott. G. — Appunti di climatologia e d' idrologia medica Abruzzese. Lanciano, 1884.

Mackenzie Prof. M. — A manual of diseases of the throat and nose, including the pharynx, larynx, trachea, oesophagus, nose, and naso-pharynx. Vol. II. Diseases of the Oesophagus, nose, and naso-pharynx. London, 1884.

Castorani Prof. R. — Memoria sulla cura dell' ectropio cicatriziale. (Autoblefaroplastia). Napoli, 1884.

Romano Prof. C. — Laringostenosi per lesioni sifilitiche terziarie. Napoli, 1884.

C. Miot et J. Baratoux. — Traité théorique et pratique des maladies de l' oreille et du nez. Paris, 1884.

Righetti Dott. C. — Il colera — Sintomi e decorso — Etiologia, patologia, caratteri anatomici — Igiene — Disinfezioni — Terapia. Napoli, 1884.

Morlicchio Dott. F. — Profilassi e cura del colera morbus con lo zolfo e suoi composti. Scafati, 1884

Cuomo Dott. A. — Osservazioni sull' attuale epidemia colerica. Napoli, Agosto 1884.

Chiarella Dott. G. B. — Della estirpazione del retto per cancro. Tesi di laurea. Torino, 1884.

Bulletins et Mémoires de la Societé Française d'Otologie et de Laryngologie. Tome I, Fascicule III. Paris, 1884.

Bresgen Dott. Max. — Internationales Medicinischer Congress zu Kopenhagen, IV. Verhandlungen in den Sectionen. 3. Section für Laryngologie, 1884.

— Zur Schulgesundheitspflege, 1884.

Bacchi Dott. A — Il Cholera—Ai medici ed al Pubblico. Bologna, 1884.

— Una proposta ai medici per la cura del cholera. Bologna, 1884.

Turina Dott. G. — Cenni appoggiati ad osservazioni cliniche sulla epidemia cholerica che flagellò la città di Vercelli nel 1854. — Vercelli, 1884.

Oglialoro Prof. A. — Disinfezioni. Notizie lette alla R. Accademia delle Scienze Fisiche e Matematiche di Napoli, 1884.

Ramon de la Sota y Lastra — Instituto Policlinico de la Escuela Provincial de Medicina de Sevilla — Seccion de enfermedades de la Garganta — Seccion de enfermedades de la Piel — 2 fascicoli — Siviglia, 1884.

Solis Cohen — A case of paralysis of the left vocal band in extreme abduction, following an incised wound in the neck. New-York, 1884.

Righetti — Sul colera di Napoli del 1884. Relazione agli Ill. Componenti il Consiglio Sanitario della Città. Napoli, 1884.

Gouguenheim A. — De l' oedéme laryngien dans la tuberculose du larynx. Paris, 1884.

D'Almeida Azevedo Prof. L. — Le cholèra-morbus, sa prophylazie et son traitement. Coimbre, 1884.

Romanelli Dott. L. — Statistica dell' Ospedale di S. Eligio per l'anno 1883. Napoli, 1884.

Grazzi Prof. V. — Della condotta che deve tenere il Chirurgo nei casi di penetrazione di corpi estranei nelle vie respiratorie. — Lettera aperta al Dott. P. Castellani. Firenze, 1884.

Lepidi Prof. G. — Sul moderno indirizzo degli studi clinici — Prolusione al Corso di Clinica medica nell' Università di Palermo, 23 Gennaio 1884.

Krause Dott. H. — Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln. Berlin, 1884.

— Ueber die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen.

Cozzolino Prof. V. — Terzo Congresso Internazionale di Otologia tenuto in Basilea. Firenze, 1884.

Carbone Dott. F. — Malattie degli occhi per contagio. Verona, 1884.

De Maria Dott. F. — Contribuzione alla cura del serramento stabile delle mascelle. Torino, 1884.

Somma Prof. L. — Sull'anemia splenica infantile — Patologia e Clinica. Napoli, 1884.

Somma Dott. G. — Rendiconto statistico degl' infermi curati nella Clinica pediatrica dell' ospizio dell' Annunziata di Napoli, nell' anno scolastico 1883-84. Napoli, 1884.

Elsberg Prof. L. — On the classification of laryngeal neuroses. New-York, 1884.

Schrötter Prof. L. — Ueber das Cocaïnum Muriaticum als Anästheticum für den Larynx. Wien, 1884.

Arena Prof. F. — Sulla secrezione renale nel colera. Napoli, 1884.

Filia Dott. V. — Influenza della infezione palustre sul decorso della pulmonite. Napoli, 1884.

Velardi Dott. E. — Della udizione colorata. Napoli, 1884.

Masini Dott. O. — Contributo allo studio della anatomia patologica della lepra nel laringe. Firenze, 1884.

La Redazione ringrazia cordialmente gli egregi colleghi che vollero inviare in dono i loro pregevoli lavori.

Per coloro ai quali non abbiamo mandato ricevo, valga il presente annunzio come quietanza:

Dott. Giovanni Lepore, Campobasso. Anno 4.°

Dott. Vincenzo, Stajano, Montevideo. Anno 3.° e 4.°

Reclamiamo dai nostri bravi abbonati l'adempimento dei loro impegni: siamo sicuri che basterà questo ricordo.

Sono lieto di annunziare che il mio egregio Aiuto e solerte Redattore di questo Giornale, Dottor Pietro Masucci, nonchè i dottori Morra e Fasano collaboratori, venivano nominati Liberi Docenti con effetti legali in Laringojatria nell'Università di Napoli, dietro concorso per titoli.

F. Massei.

PARTE ORIGINALE

Rendiconto della Sezione per le malattie di Naso e Gola nello Spedale Civico di Torre Annunziata

PEL DOTT. G. BOUCHER DIRIGENTE DELLA STESSA

Onorato della fiducia di quella benemerita Commissione Amministratrice nei primi del 1884, fui nominato medico specialista per le malattie di gola e naso dell' Ospedale Civico di Torre Annunziata— Il quale, sebbene ora di piccola capacità, promette un prospero e bello avvenire grazie alle assidue e paterne cure degli attuali Amministratori, i quali col largo appoggio del Municipio e sotto la direzione di un uomo integro ed operoso qual' è il signor Luciano Russo nulla trascurano per questo Spedale, che sarà tra non molto, lustro e decoro di quel comune.

Essi intanto, pur riconoscendo l' importanza di questa branca della medicina, ritenevano in buona fede che, essa non offrisse in quella cittadina di non più che ventiduemila abitanti, un vasto campo da mietere — Però i fatti hanno provato il contrario per le ragioni che andrò esponendo, ed in questo primo anno di esperimento, che non è poi molto per ispirare fiducia in una popolazione rurale, si presentarono al dispensario pubblico impiantato nel detto Spedale compreso quell' interni 120 infermi così distribuiti: Flogosi catarrali semplici 81, cioè: Riniti croniche semplici 23—Scrofolose 15,—Tonsilliti acute 6, Croniche 2.—Faringiti croniche 27—Faringo-laringiti croniche 8—Manifestazioni sifilitiche 30, cioè: sul dorso del naso 2, sulla mucosa dello stesso 3, nella cavità orale 20, nella laringe 2.

La ragione da me più sopra accennata, per cui ben presto il numero degl' infermi affetti da malattie di gola e naso andò aumentando, trovasi nei mestieri e nelle malattie predominanti in quel paese.

Torre Annunziata è situata sul versante sud-est del Vesuvio con

altezza al di sopra del livello del mare, che oscilla dai 5 o 6 metri a 0.

Essa è un centro importante del commercio dei grani e della fabbricazione delle paste e tiene oltre a ciò una fabbrica di armi per conto dello Stato. Quindi tre sono per conseguenza i mestieri, che occupano gran parte della popolazione: quello di facchino per il trasporto dei grani che sono circa 3500, quello di pastaio che occupa approssimativamente 6000 persone fra i paesani oltre quelli che vengono dai comuni vicini, quello di armaiuolo che raccoglie nell'Opificio governativo circa 1000 persone.

In essi trovansi compendiate tutte le cause determinanti queste malattie e prima di tutto il reuma a cui sono continuamente esposti i primi, perche lavorano all'aperto con qualunque tempo e quasi sempre in mutande e scalzi; i secondi sebbene ricoverati in vasti locali sono esposti alla stessa causa, sia perchè lavorano di notte, sia perchè esposti ai repentini cambiamenti di temperatura col corpo quasi sempre in traspirazione. Infine i meccanici, sebbene non possano sottrarsi completamente alla causa ora accennata, respirano un'aria carica di polvere di carbone e di altre materie, che è anch'essa causa delle flogosi comuni della faringe e della laringe. E se alle cause inerenti a ciascun mestiere si aggiunga il fumo del tabacco, che è comune quasi a tutti e la sifilide che dà circa il 25 0|0 sul totale degl' infermi curati, si troverà essere scarso il numero di questi presentatosi al dispensario in proporzione delle cause a cui sono esposti. Il che lascia supporre che in questo secondo anno ora incominciato tal numero aumenterà sensibilmente.

Il contingente maggiore tra le diverse affezioni infiammatorie l'ha dato la rinite cronica, postuma di corizze ripetute e trascurate e sostenute poscia da qualche vizio diatesico, che è per lo più la scrofola—Le lavande d'acqua di mare fatte colla doccia di Weber hanno corrisposto sempre, tanto nelle riniti semplici, che nelle scrofolose con o senza croste e la loro efficacia si deve non sole al cloruro di sodio, che eccitando la mucosa ne attiva il ricambio facilitando così la risoluzione del turgore, ma anche alla pressione con cui l'acqua passa, che coadiuva l'azione del primo ed al lavaggio completo che da essa doccia si ottiene. Ho fatto sempre seguire a queste nelle riniti fetidi le polverizzazioni di resorcina e le insufflazioni di calomelano e jodoformio, e quest'ultimo non solo per la sua azione antisettica, ma molto più per ottenere la sollecita risoluzione di quel turgore della schneideriana, così marcato nelle riniti scrofolose; a questa seconda indicazione adempie molto bene il jodoformio, come è del pari il più

efficace se non l'unico rimedio nelle riniti crostose. Nelle riniti semplici è stato sufficiente il solo calomelano misto all'amido.

Nelle tonsilliti acute, specialmente flemmonose, accompagnate a considerevole turgore di queste glandole e che portano per conseguenza disfagia, sono riuscite sempre di grande sollievo per gl'infermi le scarificazioni abbastanza profonde, non solo per ottenere una sottrazione sanguigna, ma anche per procurare una pronta uscita al pus appena si raccoglie in focolaio, quando la flogosi è a grado inoltrato e già esso comincia a formarsi. In nessun caso ho potuto far uso della neve data internamente a pezzetti secondo il metodo del Prof. Massei (il quale ne è ragionevolmente entusiasta, per i buoni risultati ottenuti), giacchè la flogosi era già in pieno sviluppo.

Dopo le riniti occupano il primo posto le faringiti croniche non solamente per la loro frequenza, ma anche dal punto di vista della terapia, che sebbene ora abbastanza ricca di rimedi per combatterla, vedonsi questi talvolta fallire l'un dopo l'altro.

Nei 27 casi che ho avuto occasione di osservare, non è mancata nessuna delle tre forme nosografiche, cioè, la semplice, la granulosa (ipertrofica) e la secca (atrofica) descritte nel modo il più completo dal Prof. Massei nell'articolo dell'Enciclopedia medica. Nulla di nuovo io ho a dire intorno alla terapia, posso però riconfermare che il percloruro di ferro colla glicerina secondo la formula del Massei, è molto efficace nei casi in cui la secrezione mucosa è abbondante, al pari della tintura di capsico nelle proporzioni volute dallo stesso Professore per eccitare la mucosa nei casi di faringite atrofica; mentre il cloruro di zinco, che io ho portato fino alla dose di 1 ed anche talora di 1 $^1/_2$ su 10 di glicerina, gode di una certa efficacia in secondo tempo come corrugante dei vasi, allorchè questi mostransi soverchiamente iniettati per dilatazione delle loro pareti. — L'uso di questi diversi farmaci sotto forma di pennellazione è stato sempre preceduto da polverizzazioni alcaline, fatte con soluzione o di carbonato neutro di sodio o di cloruro di sodio, che può essere sostituito dall'acqua di mare, e ripetute più volte al giorno; preferendo l'una all'altra secondo che voleva l'azione sciogliente od eccitante sulla mucosa affetta—Non mi occupo degli altri rimedi essendo la loro efficacia abbastanza assodata perchè adoperati già da lunga pezza. Solamente dirò che non avendo avuto nessun caso, di tracoma propriamente detto, non mi è occorso di dovere ricorrere alle scarificazioni e molto meno alle cauterizzazioni galvaniche, che del resto riconosco molto efficaci come ho avuto occasione di sperimentare nella pratica civile e nel mio dispensario privato in Napoli.

Intanto pur riconoscendo che i rimedi ora citati, benchè d'una

incontestabile efficacia, falliscono in taluni casi, debbo però confessare di non aver avuto tra gl' infermi affetti da questa malattia nessuna donna all' età climaterica, che è l' epoca della vita in cui secondo fa notare il Semon la faringite si mostra più ribelle.

Due soli casi di paralisi laringee mi è stato dato di osservare, entrambi dei muscoli adduttori delle corde vocali, ed in persona di giovani donne, ma l' una consecutiva a cronica laringite di natura reumatica e però di carattere miogenico, la quale malgrado la poca assiduità dell' inferma fu quasi completamente vinta con la corrente faradica intra-laringea portata coll'elettrodo del Mackenzie; l' altro caso di paralisi fu di natura isterica ed ebbe origine da una laringite catarrale reumatica a cui l' inferma andò soggetta. Essa scomparve quasi di botto al finire del catarro.

Che dire poi della sifilide, che tanta predilezione mostra pel cavo naso-faringeo ed orale e per l' organo della voce, da aversi in queste sedi spesse volte le prime manifestazioni della infezione generale, le quali si presentano talora in modo così subdolo ed incerto da ingannare per parecchi giorni il più abile specialista sul loro valore diagnostico?

Tra le diverse sedi, la cavità orale ha dato il maggior contingente di manifestazioni, tra cui la più comune, che ho osservato per ben 11 volte su di un totale di 30 casi, è stata l' infiltrazione gommosa quasi sempre passata nella fase ulcerativa e la placca mucosa anch' essa frequentissima.

In un sol caso, in cui tali manifestazioni erano indovate nelle fosse nasali con profonda ulcerazione e distruzione del setto, ebbi ad osservare la perforazione del palato duro in tutta la sua spessezza.

Nei tre casi di sifilide della faringe ebbi agio di studiare profonde ed estese ulcerazioni su vasto infiltrato, le quali avevano già distrutto parte del velo pendolo, l' ugola ed i pilastri di un lato, quando gl' infermi si affidarono alle mie cure.

In una giovane donna le dette alterazioni si svilupparono contemporaneamente nel cavo naso-faringeo, nella cavità orale e nella laringe, però mentre in questa erano appena iniziate, nelle altre cavità il processo ulcerativo mostravasi in pieno sviluppo, seguendo un tracciato del tutto serpiginoso a preferenza sul palato. Ed in complicazione di tali profonde e diffuse manifestazioni, osservavasi sulla pelle del dorso del naso e delle guance considerevolmente infiltrata la forma la più classica di ectima sifilitico (grande sifiloderma pustoloso schiacciato). Infine per completare il quadro nosografico, già abbastanza ricco di tinte, dirò tanto come notizia che, non mancavano nel resto del corpo altre e svariate forme di sifiloderma.

Nulla posso dire di nuovo intorno alla cura generale di questa malattia ormai abbastanza comune a tutte le classi sociali, specialmente per quegli infermi, che appena dopo le prime manifestazioni si presentano per reclamare le nostre cure, mentre invece per coloro che, o le disprezzarono del tutto o le curarono poco e vengono al nostro dispensario in secondo tempo con manifestazioni tardive e già inveterate, non saprei consigliare meglio della soluzione di Hardy (Jodo idrargirato di joduro di potassio) a dose da portarsi fino alla tolleranza — Essa ha corrisposto sempre bene, debellando in poche settimane, fenomeni che persistevano in molti casi da lunga pezza.

Dirò in ultimo per completare la cura generale che il liquore Donovan (Joduro triplo di arsenico, di potassio e di mercurio) fece miracoli in quel caso classico or ora esposto per debellare in secondo tempo le manifestazioni cutanee, che avevano resistite alle iniezioni ipodermiche di sublimato. Non è stata questa la prima volta che ho adoperato tale rimedio, avendolo spesso prescritto ad infermi del mio dispensario privato, che al pari di questa presentavano in complicazione delle manifestazioni del naso o della gola forme svariate di sifiloderma, le quali avevano o per condizioni insite agl' infermi o perchè curate tardivamente resistito ai mercuriali per parecchio tempo. Io ho avuto sempre a lodarmi di questo preparato per la sua efficace e pronta azione e non so abbastanza raccomandarlo in casi analoghi. Con ciò non intendo menomare la grande efficacia delle iniezioni di sublimato nei casi gravi e tutte le volte che si ha bisogno di agire con prontezza sulla infezione generale.

Relativamente alla cura locale, non trovo si possa fare di meglio che seguire i precetti del Professore Massei, cioè, disinfettare prima la località soprattutto se ulcerata con polverizzazioni fenicate e poscia polverizzare la soluzione di sublimato, che corrisponde sempre bene facendo seguire a questa le applicazioni di jodoformio, che io preferisco sotto forma di polvere mista a parti uguali col calomelano ed amido e che applico mercè l' insufflatore.

Questo trattamento che è applicabile nella maggior parte dei casi e dà sempre buoni risultati, può variare solamente nei casi di ulcerazioni con fondo torpido e lardaceo in cui è necessario talora modificare ed eccitare il fondo, se si vuole sperare la guarigione: ciò si ottiene prontamente con leggiera applicazione del termo — cauterio di Paquelin, cho io adoperai una sola volta su di una donna con ulcerazione abbastanza estesa sul dorso del naso, la quale durava già da parecchio tempo e presentava un fondo lardaceo. La guarigione ne fu pronta. Un' altra forma di manifestazioni sifilitiche in cui il trattamento locale ordinario deve cedere il posto è

il condiloma piatto, sopratutto quando questo è molto sporgente sul livello della mucosa circostante.—In questi casi una a due toccate col nitrato-acido di mercurio fatte mercè un piumacciuolo di cotone idrofilo bastano per distruggere completamente tale manifestazione, senza di che persisterebbe indefinitamente.

Nel pubblicare queste poche e brevi considerazioni su gl'infermi curati nello Spedale di Torre Annunziata, non ho avuto altro scopo se non quello di assodare certe indicazioni terapeutiche di taluni rimedi, già adoperati e qui ed altrove, su di cui però non si era perfettamente d'accordo sulla loro vera azione e propriamente in quale periodo o fase di talune malattie essi riescono più efficaci. Da ciò risulta chiaro lo scopo tutto pratico di questa pubblicazione, che se non ha altro merito, avrà certamente quello di richiamare l'attenzione degli specialisti sulla terapia di talune malattie del naso e della gola.

La difteria e l' Olio Essenziale di Trementina

Lettera del Dottor BOCCUZZI al Professore F. MASSEI

Stimabilissimo Sig. Professore,

Oggi si parla e si scrive circa l'influenza dell'Olio essenziale di trementina sul processo difterico: ognuno se ne occupa nella pratica, sperando di ritenerlo efficace in un morbo che non ha ancora trovato il suo specifico.

Perciò non credo fuor di proposito tener pregata la S. V. di apprezzare per quanto valgano alcune mie osservazioni sul riguardo, con la imparzialità che tanto la distingue.

Non intendo con cio, Egregio mio Maestro, costituirmi un'autorità, massime innanzi a lei, ma piuttosto presentare alla sua leale e giusta critica quanto io ho potuto constatare.

È da varii anni che la Difteria pare non voglia lasciare in pace la mia terra natale, Ruvo di Puglia. E nello scorso autunno, trovandomi io colà, ebbi occasione di curare non pochi ammalati di

detto morbo. La difteria da sola non era troppo frequente; ma prevaleva in complicanza della Scarlattina.

Non discuto, se la manifestazione difterica semplice sia o no stata espressione anco di una infezione scarlattinosa *sine exanthemate*, quantunque v' ha chi ritenga per sorelle le due malattie.

Noto peró che alla difteria semplice non seguivano le desquamazioni, quasi immancabili in casi di scarlattina senza esantema – e noto pure l'assenza della nefrite che quantunque spesso complichi la semplice difteria, non di meno nella scarlattina di qualsiasi forma, che ebbi ad osservare in quei tre mesi, si presentó costantemente.

Avevo letto sul Morgagni di marzo 1884 i risultati ottenuti dal Bosso e dal Satlow con l'olio essenziale di trementina — e pensando che anco la difteria scarlattinosa è vera difteria, ebbi l'idea di giovarmene; ma un pò sconfortato, giacchè altri miei colleghi mi avevano parlato d'insuccesso in un solo caso, in quello che solo fu sottoposto alla cura. In ogni modo, vedendo che con i rimedii in voga si avevano le solite perdite, non giudicai imprudenza lasciarli da banda per attenermi ad altri, ovvero adoperare gli uni e gli altri insieme.

Somministrai l'olio essenziale di trementina per la via dello stomaco, dandone due, tre, cinque gocce la volta ogni $^3/_4$ d'ora in un cucchiaio da zuppa della seguente pozione:

Tintura di Percloruro di ferro = *10 a 30 gocce*
Acqua di menta
Acqua d'anici } *ana grammi ottanta*
Acqua di flor d'arancio
Sciroppo di Balsamo del Tolù = *grammi trenta*

facendo calcolo della rinomata virtù corroborante o antisettica del percloruro di ferro, virtù per quanto poco nota riguardo alla vera essenza della sua azione, per altrettanto in pregio presso molti Clinici.

Nè tralasciai in sulle prime quanto si adoperava da altri miei Colleghi — Glicerina, acqua di calce, acido lattico, acido fenico.

Somministrava buoni brodi, latte, vino generoso.

Quegli altri rimedii, per quanto non mi andavano a sangue, erano dati, perchè, sopravvenendo una catastrofe a qualche infermo, si poteva asserire ciò doversi a mia negligenza.

E qui, mio ottimo Professore, accenno di volo che nei piccoli paesi si ha da combattere con la ignoranza del popolo e con la soverchia e mai abbastanza condannabile gelosia dei Medici.

I risultati certo erano soddisfacenti, ma si procedeva con lentezza alla guarigione.

Dico francamente: aveva ripugnanza di somministrare il farma-

co a grandi dosi, e mi vi spingeva a gradi, per notare con la propria esperienza quanta ne poteva essere la dose tollerabile.

Perciò procurai di aiutarmi altrimenti. Pur non disconoscendo i meriti dovuti al Dottore Arzillo per avere forse il primo esperimentato le nebulizzazioni dell'olio essenziale di trementina, confesso che ne ho letto la lettera al mio ritorno in Napoli; intendo la lettera da lui scritta nel 7° Fascicolo Morgagni 1884 alla Redazione di questo giornale medico.

Ricorsi alle inalazioni del farmaco medesimo a freddo e poi a caldo, pur continuando a darlo internamente, ed i beneficii furono più pronti. Gl'ingorghi glandolari risolvevansi presto. Le tumefazioni infiammatorie ed edematose della mucosa affetta e sue adiacenze scomparivano meravigliosamente, le pseudomembrane difteriche si staccavano con facilità; e sebbene talvolta recidivavano, pure erano meno consistenti e più limitate. Ne ebbi gran soddisfazione, non a mio prò, chè non era io certo l'innovatore della terapia in parola, ma perchè vedeva posto un argine alla ferocia di una malattia, trincerata per non farsi vincere.

Così confortato, non temeva quasi più malanni, quando mi trovava a curare ammalati di tal genere.

Ripeto, non erano pochi gl'infermi.

Tra morti per difteria, scarlattina e glomerulo-nefrite consecutiva a questa si annoveravano cinque, dieci sino a quattordici casi nella giornata.

Si può dire che poche famiglie non pagarono il loro tributo.

E mentre con altri metodi si deploravano morti per difteria, io ne ho avuto cinque o sei e non più.

Mi si potrebbe domandare: perchè questi cinque o sei soccombettero alla cura dell'olio essenziale di trementina?

Rispondo: o le famiglie non l'adoperarono, o ne fecero pochissimo uso. E per verità è da rimanere stupefatti della incuria di certe madri per i loro figli, le quali presentano i piccoli ammalati al medico, talvolta solo in fin di vita, spesso in pubblica via, con unico scopo di carpirgli una fede di morte.

E frequentemente s'incontra chi per strano eccesso di affetto non dà medele ai bambini, per tema che il pianto della ripugnanza possa loro riuscire dannoso — chi non lo fa per non averne la pazienza — chi *per non sprecare danaro* si affida al fato. E ricordo un paio di bambini che ebbero tanti cucchiai di bevanda medicinale, per quante volte mi recai nelle loro case.

Non ebbi alcun bisogno di ricorrere alla chinina per diminuire la intensità della febbre, poichè questa cadeva mano mano con la diminuzione dei fatti locali.

Mai nefrite, come ho detto più sopra, tranne quando la difteria

si complicava alla scarlattina. Mai paralisi consecutiva: una volta sola in un bambino poppante, figlio di un tale Lorenzo Lo Spoto, ebbi a verificare iniezione vasale della congiuntiva oculare, paralisi del braccio destro con anestesia corrispondente, convulsioni, stiramento continuo della testa indietro, fatti che mi convinsero per lo meno della presenza di una meningite.

Un altro caso è rimarchevole:

Un bambino dell'età di due anni, figlio di un impiegato daziario, presentava con la scarlattina placche difteriche sulle tonsille e su tutto il palato molle, con propagazione alla mucosa nasale. I genitori mi dissero che era stato sempre malaticcio per il passato; ed erano chiare le note di un marcato rachitismo.

Guarì. Ebbi però ad aprirgli, dopo un paio di settimane, un vasto ascesso nella regione laterale del collo. Passò meglio. Ma la tubercolosi mesenterica dopo circa due mesi lo vide finito.

Professore, questi fatti, da me osservati, per altro non possono essere bene descritti, poichè non mi surse in quel tempo la minima idea di farne a chicchessia una relazione minutissima. Ma non posso fare a meno di richiamare l'attenzione della S. V. sopra un caso di difteria:

Un giorno il figlio del signor Raffaele Campanale, di mesi venti, stava bene, o mostrò almeno di esserlo fino alla caduta del sole. Cominciò a divenire da quel momento irrequieto, e fu assalito da febbre poco dopo — e nel termine di due ore, dacchè diede a sospettare di non trovarsi nello stato normale, fui chiamato a darne ragione; tantoppiù che la famiglia vedeva ingrossato il collo, così mi dicevano, in un batter d'occhio. Le due regioni laterali del collo erano ingorgate per tumefazione intensa delle glandole sottomascellari e cervicali di ambo i lati, sì da dare un aspetto curioso al piccolo infermo: i tessuti del collo erano in linea perfettamente orizzontale con quelli della faccia sino alle spalle corrispondenti.

Le tonsille erano enormemente tumefatte con pseudomembrana sopra una di esse.

Notai affanno, respirazione stertorosa, febbre alta, smanie. Feci una prognosi riservatissima, per la intensità dei sintomi in breve tempo; ma incoraggiai insieme i parenti a sperare nei rimedii.

Questo la sera. Il mattino era scomparsa la pseudomembrana — diminuite sensibilmente le tumefazioni glandolari — febbre abbassata di molto — la respirazione per conseguenza più calma e più facile.

Nel chiedere conto se aveva preso le medicine, mi risposero che la notte per la sete aveva bevuto tutta la pozione al percloruro di ferro e circa centotrenta grammi di olio essenziale di trementina.

Il giorno seguente comparve l'esantema scarlattinoso Dopo una

settimana si ebbe un ascessolino nella regione sottomentoniera — ed uno ancora più piccolo dopo altri giorni nella regione laterale del collo, che furono incisi successivamente.

Stette bene, dopo avere sofferto anco una lieve nefrite.

Fu d'allora che mi spinsi nella dose dell'olio essenziale di trementina, e me ne trovai più pago per la prontezza con cui corrispondeva Sicchè venni nel convincimento che le piccole dosi davano la guarigione, ma lenta — le grandi abbreviavano il corso del morbo. E ne cavo una conseguenza logica: quando si abbia da vincere la difteria in condizioni violente, o quando, non ostante una lunga durata della malattia, la catastrofe del paziente sia vicina, bisogna senz'altro appigliarsi alle grandi dosi dell'olio di terebinto, come consiglia il Satlow — e tenere in ogni caso a bollire acqua in diversi siti della stanza, versandovi a quando a quando tale quantità dello stesso farmaco, da non farne mai mancare i vapori.

Inumidiva talvolta il pavimento della camera da letto con acqua fenicata al tre per cento, per profittare della sua virtù antisettica; badando a rinnovare ogni due ore l'aria, perchè i bambini non resistono a lungo all'azione dell'acido fenico, e cominciano a darne segni d'intolleranza con le convulsioni.

Un mio collega mi aveva avvisato, ed io gli prestai fede, che la lisciva, barbaramente tenuta in deposito dal volgo nelle proprie stanze da letto, riusciva micidiale nella difteria, come credo anco in molte altre malattie. E badava a farmela allontanare.

Si potrebbe obbiettare che il percloruro di ferro esercitasse, chi sa? un'influenza migliore — e così degli altri medicamenti. Ma a chi ha dato ciascuno di essi rimedii, o tutti insieme, tanti casi di guarigione, per quanti ne ebbi, quando adoperai l'olio di trementina? Eppoi ne ho curato diversi con quest'ultimo farmaco soltanto.

Io penso presso a poco che la difteria fin'oggi non aveva un rimedio; e stimo perciò illusorii tutt'i mezzi adoperati. Con essi, per me almeno, si liberano quelli che non morirebbero, anco non curandosi; e se ne annoverano infiniti esempii.

Il mio amico e concittadino, Farmacista Calè, per esempio, ha gran fiducia nelle inalazioni a freddo di acido fenico diluito, solo perchè vide salvo con esse un suo figlio.

Ma a quanti altri corrispose tale metodo?

Ed Ella, Signor Professore, non ha ancor dimenticato quelle tre bambine, sorelle, a strada Magnocavallo, che nel dicembre 1883 furono curate da me sotto la guida del Prof. Laccetti, con l'intervento del Prof. Cagnetta, e con il controllo della S. V. — Quali impegni, quali precauzioni non si presero? Eppure non se ne salvò una!

Auguro dunque alla umanità che siasi trovato il rimedio per combattere la difteria

Certo vale la pena di tenerlo almeno di mira, di studiarlo più accuratamente; e per questo innanzi tutto ho voluto sottoporre al suo criterio quanto Le ho scritto.

Mi attendo da lei i validi apprezzamenti, da lei che è persona dell'arte.

Perdonerà, se ho posto così alla buona sulla carta quanto ho saputo ricordarmi

Ossequiandola distintamente, la prego di gradire i sensi della mia più alta stima.

Napoli, 13 marzo 1885.

Suo Dev. Discepolo
Dott. NICOLA BOCCUZZI

Contribuzione all'uso della Cocaina come anestesico ed analgesico.

PEL PROF. PIETRO MASUCCI

In questi ultimi tempi, in una splendida conferenza, un medico francese d'innanzi all'Accademia di medicina di Francia, parlando sulle varie dottrine che sono state accampate sull'ileo-tifo, spiattellò netto e tondo: che *in tutto il campo dello scibile medico, a partire dalla patologia fino alla terapia, la moda ha fatto e fa sempre un poco capolino;* e se la memoria non mi tradisce, credo aver letto che qualcuno dei sapienti uditori di quella conferenza non si peritò di encomiare caldamente il coraggioso oratore, che un po' crudamente — se si vuole — aveva esternato un'idea la quale, a dire il vero, anche a me è balenata qualche volta davanti alla mente. Reidler (1) in una pregevolissima monografia data alla luce alcuni mesi or sono, esprimeva su per giù lo stesso, lamentando che

(1) Ueber den Fortschritt in der Medizin.

in medicina dominasse ancora *la moda, la quale si estrinseca sempre con entusiasmi sconfinati ed esagerati sui rimedii nuovi*, *salvo poi a ricacciare in un obl'o completo, e non poche volte immeritato, ciò che poco prima era stato elevato alle stelle.* Potrei qui se volessi moltiplicare i nomi degli autori che su tale riguardo hanno intuonato lo stesso canto lamentevole. Ma per non sciupar tempo, me ne astengo, non senza omettere però di dichiarare che appunto tutte le idee di questi autori si riaffacciano insistentemente dinnanzi alla mia mente, ora che mi accingo a scrivere queste poche parole per comunicare i risultamenti delle mie osservazioni sperimentali sull' uso della *cocaina* come anestesico. Infatti, da poco tempo a questa parte qualunque gazzetta medica capita tra mani, immancabilmente vi si presentano innanzi uno o più articoli sulla *cocaina,* i quali il più delle volte sono un inno lirico scritto in istile più o meno pomposo sulla virtù di questo farmaco. Nè vogliasi credere che io esageri, e che abbia intenzione di predisporre il lettore contro questo neo-anestesico, sol perchè, forse, i miei risultamenti non sono stati tanto eclatanti quanto quelli decantati da altri. Ma che dire quando appunto in questi giorni ultimamente decorsi un medico tedesco (1) senza ambagi e reticenze ci faceva sapere, che in due casi di epitelioma laringeo ed in uno di tubercolosi laringea, l'anestesia dell'organo vocale (ottenuta, si badi bene, adoperando una soluzione all'8 %) era stata tanto benefica (*wohltaend*) che i dolori *scomparvero come per incanto, ridonando il sonno agli infermi che da parecchio tempo lo desideravano invano?*

Scopo precipuo di questa mia breve pubblicazione si è di esporre qui sommariamente ciò che è risaputo finora intorno a questo anestesico, che apparso ieri appena sull'orizzonte scientifico, oggi entusiasma tanto una considerevole falange di medici. A questa esposizione farò seguire brevemente i risultamenti ottenuti con questo anestesico nella mia pratica rino-laringoiatrica. Mi studierò di essere sobrio ed imparziale nel giudizio sul valore terapico di questo anestesico, dirò francamente senza vano lirismo o biasimevole detrimento il concetto che mi sono formato della sua efficacia, e tutto ciò nella lusinga che questo mio modesto contributo possa essere di sprone agli osservatori a proseguire viemaggiormente le loro ricerche in questo campo, e a rimettere le cose nel loro vero posto, cioè a formulare un giudizio esatto sul valore reale della cocaina, acciò il medico, il chirurgo, il laringoscopista, l'otoiatra ecc. sappia nel singolo caso, ciò che egli *può e deve* contare sulla efficacia di questo novello anestesico.

(1) Eidkampf, Weitere Mittheilungen über d. s Cocain. Zeit. f. Schweiz. Heil.

Dei caratteri chimici della cocaina mi dispenso qui dal tenerne parola, avendoli i lettori dei nostri Archivii di Laringologia già letti nell'articolo che su questo stesso argomento scriveva l'illustre Direttore di detto periodico nel fascicolo precedente.

È oramai da tutti risaputo che la cocaina fece il suo primo debutto nell'oculistica, il quale peró non fu coronato da grande successo, ragion per cui cadde subito in oblio. Da quest'ultimo fu salvato da un oltalmologo celebre, dal Koller, il quale ne fece uso su vasta scala, e la decantó come un prodigio bello e buono.

Non è qui mio cómpito esporre per filo e per segno tutto ció che si è scritto degli oculisti sugli effetti ottenuti nella pratica oftalmologica. Dando peró una scorsa ai lavori di A. Weber (1), di Hŏltzke (2), di Reichenheim (3), di Smith (4), di Hirschberg (5) e di altri oftalmologi giustamente celebri, sembra che nella oculistica la cocaina festeggia i suoi migliori trionfi. Quasi tutti i cennati oftalmologi, ai quali potrei anche aggiungere i nomi di parecchi non meno eminenti oculisti di casa nostra, si accordano nell'affermare, che l'azione anestesica della cocaina sulla congiuntiva e sulla cornea rende segnalati servigi all'operatore, specie nei casi in cui si tratta d'individui molto sensibili, pusillanimi, i quali tremano davanti alla sola idea di dover essere operati (Hirschberg).

Weber la decanta come *oltremodo benefica* sopratutto nella operazione di cataratta, e dichiara che essa ha salvato il potere visivo di molti infermi, giacchè soltanto con l'uso della cocaina è possibile detergere accuratissimamente il sacco congiuntivale e fare forse completamente a meno della iridectomia.

Trattandosi qui di un argomento nel quale non ho il beneflzio della competenza, chiedo venia se mi limito alla semplice parte di storico, cioè a registrare *sic et simpliciter* le lodi tributate a larga mano alla cocaina nella pratica oculistica, senza aggiungere verbo nè pro, nè contra.

Contemporaneamente o poco dopo alle applicazioni in oftalmiatria, la cocaina è stata usata in otoiatria, nella chirurgia generica, nella odontoiatria, in ginecologia, in rinoiatria ed in faringo-laringoiatria.

Do qui uno schizzo sommario su tutto ció che è stato fatto con la cocaina in queste branche dello scibile medico, riserbandomi di essere un pochino più diffuso nella specialità che io coltivo, e nella

---

(1) Ueber die locale Anwendung des Cocaïns am Auge.
(2) Zur physiologischen Wirkung des Cocaïns auf das Auge.
(3) Beiträge zur Wirkung des Cocaïns.
(4) Muriate of Cocaine in injection into the anterior chamber.
(5) Ueber das Cocaïnum muriaticum.

quale appunto, come già ho detto, ho sperimentato il neo-anestesico

Nella otoiatria, la cocaina è stata adoperata come anestesico ed analgesico da Baratoux (1), da Weber-Liel (2), Kraff (3), Roosa (4), Heimber (5), Edlefssen (6), Reinerbach (7), Zerthal (8) ed altri. I giudizii di tutti questi autori non sono affatto concordi fra di loro. Alcuni fanno una vera apologia di questo mezzo terapico, altri, come per esempio Owdich e Lienwy, dichiarano di non aversene potuto avvantaggiare affatto nella loro pratica auricolare, ed altri ancora ne danno apprezzamenti non molto entusiastici, ma neppure molto scoraggianti. Io porto opinione che appunto questi ultimi si appongano al vero.

Infatti compulsando la ricca letteratura otojatrica di questi ultimi mesi, per accertare ciò che gli specialisti di questa branca hanno constatato relativamente all'uso della cocaina, e ponendo da banda le esagerazioni tanto in pro, che in contra, si perviene all'apprezzamento, che nelle operazioni da praticare sul timpano e nella cassa dell'orecchio medio, nonchè nei casi di estirpazione dei tumori o di galvano-caustica chimica delle trombe di Eustachio, si può usare la soluzione di cocaina all'$^1/_{10}$, giacchè questa come afferma Reinerbach « qualche volta sopprime completamente il dolore, tuttochè per breve elasso di tempo; il più delle volte lo mitiga sensibilmente, ed in rari casi non esercita la menoma efficacia. »

Nella chirurgia generica ed in ginecologia l'uso della cocaina si va tuttodì diffondendo su vasta scala. Mi sarebbe qui del tutto impossibile citare i molti lavori dei chirurgi nei quali si tiene parola della virtù anestesica ed analgesica della cocaina Ho compulsato le pubblicazioni di Otis (9), Hall (10), Hallste (11), Jabestroff (12), Rawdich (13), Hallwosky (14), Stickler (15),

(1) Vedi gli art. di questo autore nel Progrés Médical. 1884

(2) Medicinisch-Chirurgische Rundschau. 1884.

(3) Weitere Mittheilungen über die Wirkung des Cocaïns auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde 1885.

(4) Ueber die schmerzstillende Wirkung des Cocaïns. 1884.

(5) Ueber das Cocain. 1885.

(6) The new local anaesthetic: muriate of Cocaïn. 1884.

(7) The new local anaesthetic. 1885.

(8) Ueber die Wirkung des Cocaïns. 1885.

(9) The hydrochlorate of Cocaine in genito-urinary procedures. 1885.

(10) Muriate of Cocaine in Surgery. 1885.

(11) Hidrochlorate of Cocaine in operative Surgery. 1884.

(12) Ueber die Anwendung des Cocaïns auf dem Gebiete der Chirurgie. 1885.

(13) The new local anaesthetic. 1884.

(14) Ueber die Wirkung des Cocaïns auf dem Gebiete der Chirurgie. 1885.

(15) Muriate of Cocaine in general Surgery, 1884.

Doughty (1) ed Hepburn (2) Anche qui i risultamenti degli sperimentatori sono abbastanza discrepanti. Da tutto ciò che è stato detto intorno alla cocaina si può conchiudere: che nelle operazioni chirurgiche e ginecologiche questo alcaloide può essere adoperato, senza però fare molto a fidanza su di esso, giacchè la sua virtù anestesica è di brevissima durata. Infatti Jabestroff il quale certamente non è punto avaro di lodi verso questo anestesico, dichiara che in alcuni casi di operazioni delle vie urinarie in cui ricorse alla soluzione di cocaina, ebbe bisogno di farne reiteratamente uso in una sola seduta per ottenere un risultamento *alquanto soddisfacente*, e talvolta senza nessun vantaggio. Inoltre Otis richiama insistentemente l'attenzione dei pratici sul fatto, che in certi individui vi deve essere una speciale predisposizione verso la cocaina, una idiosincrasia nel vero senso della parola, giacchè ha avuto agio di osservare che in alcuni individui dopo iniezione di una soluzione di cocaina i dolori aumentarono in modo spaventevole. Ash ha notato lo stesso in tre individui nei quali era ricorso ad iniezioni di una soluzione di cocaina per nevralgia del trigemino.

Ponendo questi casi a confronto di quelli in cui gli effetti furono decantati come mirabili, si perviene inevitabilmente alla conclusione che poc'anzi ho accennata.

Nella odontojatria la cocaina ha risposto con risultamenti abbastanza buoni; pare anzi che l'uso di essa si vada tuttodì sempre più diffondendo nella pratica odontojatrica. Così per esempio Cartwright (3) raccomanda caldamente le soluzioni di 20 e 30 °/o di cocaina nelle operazioni dentarie, specie quando si tratti di bambini. Weld (4), Hortor, Sheurs, Uhler ed altri odontojatri ne sono anche caldi partigiani.

Nella rinojatria, questo alcaloide viene usato da quasi tutti gli specialisti. Baratoux che è stato uno dei primi a farne uso, dichiara che nella pratica rinojatrica la cocaina spiega virtù superiore che non in quella laringojatrica, giacchè non si scorge punto quel gonfiore che si manifesta invece a livello del vestibolo laringeo. Essa sarebbe utilissima nei catarri nasali con ipersecrezione della mucosa del naso, nella estrazione dei polipi nasali ecc.

W. C. Jarvis (5) è addirittura entusiasta di questo anestesico e

(1) Muriate of Cocaine in operative gynecology (Vesico-vaginal fisteln). 1884.
(2) Some notes on Hydrochlorate of Cocaine. 1884.
(3) Cocaine in Dentistry. 1884.
(4) uriate of cocaine in Dentistry. 1885.
(5) Cocaine in intra-nasal Surgery. 1885,

dichiara che esso è di un vantaggio inestimabile nella pratica rinoiatrica e che può anche determinare un'anestesia profonda. Knapp (1) Bosworth e Seyler elevano anche essi alle stelle la virtù della cocaina e ne dicono mirabilia. Così per esempio Bosworth cita con grande compiacenza qualche caso in cui avendo toccato i cornetti inferiore e medio con una soluzione di cocaina, i loro seni si vuotarono e la mucosa divenne completamente pallida, e secondo lui l'applicazione di questo mezzo è utilizzabile anche per la diagnosi, giacchè è più facile distinguere una ipertrofia dei cornetti da una semplice tumefazione. Seyler afferma di essersi molto avvantaggiato della cocaina in parecchi casi in cui si trattava d'asportare cornetti ipertrofici oppure vi era ipertrofia del setto nasale. In complesso sembra che quasi tutti gli autori si sieno trovati, quali più, quali meno, contenti dell'uso della cocaina nella rinoiatria.

Dirò ora dell'azione di questo anestesico nella pratica faringolaringoiatrica.

Per evitare ripetizioni, che il più delle volte sono inutili, non rifarò qui la storia dell'applicazione della cocaina nella pratica faringo laringoiatrica, essendo essa già stata esposta in altri articoli sul proposito.

A Schrötter è dovuto indubbiamente il primo impulso potente all'uso della cocaina in laringoiatria. Egli insieme al suo assistente dottor Jelinek la sperimentò anzitutto in alcuni casi di pericondrite tubercolare, di estrazione di papillomi multipli della laringe ecc., e dichiarò che gli effetti erano stati brillanti, e superiori ad ogni sua aspettativa. Nel contempo o poco dopo gli esperimenti dello Schrötter, vennero quelli di Baratoux, del Moure, del Du Cazal ecc. in Francia; del Lublinsky, dell'Ewald, dell'Heymann, del Reindler, dell'Hirtfeld, di Schecklingen, di Dreinthal, di Zapffuss, di Troemberg, di Rippfelder, di Scemetkowsky, di Zuss ecc. in Germania; di Knapp, di Roosa, di Lewly, di Taught, di Rickly ecc. in America, e di Hameley, di Lawn, di Writch, di Wrightfeld, di Smalls ecc. in Inghilterra; di Labus e di Massei in Italia.

Andrei qui troppo per le lunghe se volessi riferire per filo e per segno i risultamenti ai quali è pervenuto ciascuno di questi autori. Chi avesse vaghezza di raccogliere e coordinare insieme tutte le comunicazioni venute a luce finora sull'uso della cocaina nella branca faringo-laringoiatrica, potrebbe arricchire la sua biblioteca medica di qualche altro volume.

(1) Hydrochlorate of Cocain, Experiments and Application, 1884.

Reindler (1) afferma che in parecchi casi di tubercolosi faringo-laringea le soluzioni di cocaina gli han reso ottimi servigi, tanto come anestesico che come analgesico. Egli ha usato la soluzione al 15 %, e raramente fu astretto a fare parecchie pennellazioni in una sola seduta. Gran vantaggio ha ricavato pure da questo anestesico due volte in cui si trattava di estrarre papillomi laringei. Egli si dichiara soddisfattissimo del neo-anestesico, e dice recisamente che la chirurgia faringo-laringoiatrica ha trovato in esso un potente sussidio per le operazioni.

Hirtfeld e Schecklingen (2) inneggiano anche essi alla cocaina. Schecklingen sopratutto dichiara che egli persino in infermi molto indocili e pusillanimi, dopo una o due pennellazioni di soluzione cocainica vide una grande quiescenza nel paziente. In un caso, in cui vi era un papilloma laringeo con iperestesia accentuatissima, di guisa che era stato impossibile ricorrere alla pinza per la estrazione per le vie naturali, e la scena patologica (ambascia, dispnea ecc.) era tanto grave ed imponente da rendere assolutamente necessaria la tracheotomia per salvare la vita all' infermo, con le pennellazioni di cocaina si giunse a calmare siffattamente la sovraeccitabilità del paziente che fu possibile in un paio di sedute estrarre una buona porzione del tumore, ripristinare alla meglio la permeabilità del tubo aereo, e continuare dipoi la rimozione sempre per le vie naturali. Schecklingen finisce per raccomandare caldamente a tutti i laringoscopisti di non fare a meno di questo prezioso ritrovato.

Troemberg e Rippfelder (3) elogiano la cocaina ma con espressioni meno entusiastiche. Essi affermano che in complesso non se ne sono trovati scontenti. In alcuni casi la cocaina avrebbe reso loro segnalati servigi, in altri l' effetto fu men che mediocre, e talvolta fu persino inferiore all' anestesia che si otteneva con l'antico processo di Schrötter, cioè le pennellazioni di cloroformio seguite da quelle di una soluzione satura di morfina.

Scemetkowski e Zuss lodano in generale l' uso della cocaina, e lo stesso fanno Knapp e Roosa. Lewly decanta in tutti i modi il neo-anestesico.

Taught e Rickly (4) citano alcuni casi in cui essa rese buoni servigi, ed in altri l'effetto fu quasi nullo. Hamely si dichiara ben poco soddisfatto dell' uso della cocaina, solo tre volte il risul-

(1) Cocaïn als schmerzstillendes Mittel. 1885.
(2) Ueber die Anwendung des Cocaïns. 1884.
(3) Die Anwendung des Cocaïns auf dem Gebiete der Laryngojatrie.
(4) Muriate of cocaine in the laryngeal Surgery. 1884.

tamento fu alquanto buono, altre volte era tanto insignificante che reputò acconcio proseguire la cura (si trattava quasi sempre di papillomi laringei) facendone a meno, giacchè afferma (cito le sue parole): « è non poco imbarazzante essere costretto a fermarsi ad ogni momento e ricominciare da capo le pennellazioni, il cui effetto non corrisponde per nulla a ciò che si ha in mira di ottenere; inoltre pur prescindendo da un enorme sciupio di tempo, non poche volte ebbi ad accorgermi che gl'infermi alquanto sensibili divenivano nervosissimi e talfiata fino al punto che si ricusavano assolutamente a fare introdurre la pinza nella laringe. »

Dei risultamenti ottenuti in Italia dal Labus e Massei dirò solo che sono abbastanza concordi sulla efficacia della cocaina; a quanto pare però il Massei ha avuto effetti meno pronti e meno precisi che non il Labus.

Eccomi ora a riferire i risultamenti a cui sono pervenuto io nella mia pratica rino-faringo-laringoiatrica, non senza però chiedere anticipatamente venia al lettore se sono stato troppo lungo nella esposizione di quanto è stato praticato intorno alla cocaina. Lo compenserò ad usura con la brevità delle conclusioni.

Il primo a far venire la Cocaina in Napoli, è stato il Prof. Massei, e fu egli che per il primo la sperimentò nelle affezioni di gola. Al nostro Ambulatorio di Gesummaria, subito avemmo la cocaina tra le mani, e fin da dicembre u. s. il Prof. Massei scrisse, intorno a questo rimedio, le prime impressioni.

Poi dette a me ed al dottor Cicconardi l'incarico di studiare sugl'infermi dell'Ambulatorio l'azione fisiologica della cocaina, il grado dell'anestesia, la durata, l'epoca di comparsa dopo la sua applicazione, e noi subito cominciammo, anche sopra individui sani, a studiarne gli effetti.

I risultamenti, però, a cui son pervenuto io nell'uso della cocaina come anestesico ed analgesico, non sono punto molto confortanti.

Per procedere con ordine nell'esperimento di questo alcaloide ho incominciato per usarlo prima su vasta scala in individui sani, osservando tutte le regole prescritte per ottenere l'anestesia. Toccando con la soluzione di cocaina (del 20 per 0[0) ora l'ugola, ora il velopendolo, ora la parete posteriore della faringe, non sempre ho avuto a lodarmi dell'anestesia della parte, qualche volta l'azione è stata completamente negativa, altre volte l'anestesia è stata fugace o di poca intensità.

L'ho adoperata in coloro che andarono soggetti a movimenti riflessi e conati di vomito durante la esplorazione con lo specchio laringeo, ma l'effetto non fu molto soddisfacente, tranne qualche eccezione, ed era ben lungi da ciò che mi attendevo, dopo aver

letto le lodi sesquipedali con le quali altri aveva decantato la virtù della cocaina in simili contingenze.

L'ho usata come anestesico, allorchè ho dovuto estirpare polipi dalle narici ed in varii di questi casi ho avuto piuttosto buoni risultamenti. Allorchè dovevo praticare operazioni endolaringee di una qualche importanza, gli effetti non furono in nulla e per nulla corrispondenti all'obbiettivo che io mi proponevo. La soluzione di cocaina è stata da me adoperata anche per calmare i dolori prodotti dalle intense laringiti acute, nella tubercolosi laringea e nei casi di odinfagia, ed ha sempre dato *lieve e fugacissima calma al dolore* inferiore a quella che siamo soliti a raggiungere col jodoformio.

Amicus Plato, amicus Aristotelis, sed magis amica veritas. La cocaina non è punto un rimedio sovrano come da tanti si strimpella da mane a sera; anzi, a dire il vero, in due casi ho avuto anche occasione di osservare ciò che Bierkalb ha qualificato col nome di « idiosincrasia anticocainica ».

Gli effetti adunque furono opposti a quanto io speravo di conseguire. E come regola generale posso affermare che furono sempre men che mediocri i risultamenti da me ottenuti.

Attenendomi quindi alle osservazioni personali, mi credo autorizzato a formulare le seguenti conclusioni.

1) La cocaina nella pratica rino-faringo-laringojatrica è un anestesico ed anelgesico di mediocre valore, per modo che talvolta può rendere discreti servigi, ma su di essa non si può fare molto a fidanza.

2) Le mie osservazioni personali mi autorizzano a confermare quanto fu detto da Zuss in Germania e da Richbourg in Inghilterra, cioè che « la *predisposizione individuale* o a dir meglio la *idiosincrasia* verso la cocaina influiscono molto sulla efficacia di quest'ultima ».

Mixomi giganteschi della cavità naso-faringea

NOTA CLINICA PEL PROF. MASSEI

L'enorme sviluppo che talora assumono i mixomi nelle fosse nasali e nel cavo naso-faringeo è designato, in tutti i libri che ne trattano, siccome fatto abbastanza eccezionale. Un caso del genere

fu pubblicato in questo stesso Giornale (anno IV, fascicolo I) dal Dottor Giorgio Petrone. In quella circostanza, il tumore sporgeva dietro il velo del palato e s'inseriva, verosimilmente, alla base del cranio. La insolita sede d'impianto e lo sviluppo colossale del tumore, mi suggerirono una conferenza che tenni ai giovani del mio Studio, in presenza dei quali asportai con la galvano-caustica il neoplasma, che l'esame istologico, eseguito dal sullodato Dottor Petrone, caratterizzò per mixoma poliposo. Posteriormente a questo, due casi analoghi svolti in giovani soggetti hanno richiamato la mia attenzione; e mi son deciso a pubblicarli, perchè entrambi osservati da colleghi espertissimi non avevano ricevuti quei compensi terapeutici, che mi fruttarono la completa guarigione.

I. Francesco Ricciardi di anni 11, gracile, sparuto, linfatico, fu presentato nell'Agosto 1884 al mio ambulatorio in Gesù Maria. I genitori raccontavano che sin da 2 anni fa quel ragazzo aveva presentato segni di polipo nasale nella narice sinistra, il quale era stato operato da distintissimo chirurgo.

Otto mesi prima che io lo vedessi, era avvenuta la recidiva, attaccata dal medesimo chirurgo, egualmente con la escissione mediante le pinze.

Stato attuale — Nella narice sinistra si constata agevolmente la presenza di un polipo, che ha tutti i caratteri del mixoma e che occlude tutta la coana corrispondente.

L'esame più concludente è quello che si pratica dalla via della bocca. Abbassando la lingua, si è subito colpiti dalla presenza di un enorme tumore, il quale occupa quasi tutto il cavo naso-faringeo. Il velo è spinto fortemente in avanti, e dietro l'ugola ed i pilastri si vede una grossa massa di colorito roseo, levigata, multilobata, duro-elastica al tatto, che scende in giù nella porzione più bassa della faringe. Il respiro è ansante, ed i parenti attestano che, durante il sonno, diventa estremamente rumoroso e laborioso, tanto che si teme la soffocazione. Il ragazzo tiene costantemente la bocca aperta. La voce ha timbro nasale spiccato.

La deglutizione si compie bene, ma ogni tanto, mi si dice, è interrotta da accessi di soffocazione. Una volta l'infermuccio era per morirne dietro la ingestione di un grosso pezzo di carne.

La estrema indocilità del piccolo paziente, dopo numerose prove che io feci per abituarlo al contatto degli istrumenti, mi avvisò che miglior consiglio era quello di tentare la distruzione in sito del tumore. Praticai quindi, a periodi diversi, e sempre procedendo col massimo garbo, onde guadagnarmi la fiducia dell'ammalato, ripetute causticazioni, ora con la galvano-caustica, ora con l'acido cromico. In quattro mesi di cura io non ottenni che una parziale

riduzione del tumore, ciò che per altro produsse un notevole immegliamento nella respirazione.

Era nondimeno riservato al caso la sollecita e pronta risoluzione di un problema che mi aveva tenuto occupato per sì lungo tempo.

Nel giorno 31 dicembre dello stesso anno, in seguito a colica e forti conati di vomito, il tumore, dal velo pendolo raggiunse l'arcata dentaria, ed il padre spaventato dalla vista di quell'enorme massa poliposa, senza perdita di tempo condusse difilato il ragazzo a casa mia. La molestia ed il panico avevano fatto docile quell'incorreggibile biricchino, il quale mi permise di passare un'ansa metallica sino al limite del velo palatino ed escidere la porzione sporgente come si vede in *a* della figura 1.

Il sollievo immediato, che subito rimbaldanzi quel monello, mi fece avvisato che avrei fatto meglio ad attendere qualche giorno prima di espletare la cura. E per vero, il 2 gennaio 1885 io rividi il fanciullo, il quale incoraggiato dalla prima seduta, non oppose resistenza perchè ritentassi la prova. Grazie ad un rapidissimo movimento, io afferrai subito con l'ansa la porzione del tumore che appena lambiva il margine libero del velo, e con lievissima trazione asportai quanto restava, cioè tutto ciò che si vede nella figura, da *a* in sopra. Seduta stante con la medesima ansa afferrai la propagine della narice sinistra, e tirai fuori un'enorme massa, la quale avea due rigonfiamenti, quale è appena possibile discernere ora nella figura 2.



. . . . *a*

Fig. 1.



Fig. 2.

Entrambi i disegni, però, non rivelano la realtà delle cose, perchè sebbene tratti dal vero, sono la immagine dei pezzi aggrinzati dall'alcool in cui li conservai, e quindi straordinariamente ridotti in lunghezza e spessore.

Certo è che l'operazione si compì con la massima facilità e con

lievissima perdita di sangue, che non rimase traccia della neoplasia, e dopo 3 mesi non v'è indizio di recidiva. Per pochi giorni soltanto rimase un leggero grado di paresi del velo pendolo, che senza compenso alcuno si andò man mano dileguando. Il tumore è un *mixoma*, e pare che avesse punto d'impianto intorno all'orifizio della coana sinistra.

II. Storia abbastanza analoga alla precedente è quest'altra, che racconto in breve. Maria Trocchia, di anni 7, di Saviano, è una bambina di mediocre costituzione, la quale è condotta nel mio gabinetto nelle ore pomeridiane del giorno 3 Marzo 1885. Da un anno i parenti aveano notato una seria difficoltà nella respirazione nasale, e fattala osservare, erasi denunziata la presenza di un polipo nella fossa nasale sinistra. Come nel caso precedente, due volte era stata eseguita una parziale escissione dalla narice, senza che ne seguisse immegliamento di sorta.

In questi ultimi tempi, la bambina era stata colta da febbre, e quello stesso giorno i genitori eransi grandemente allarmati dal vedere qualche cosa che sporgeva dietro il velo del palato. Senza por tempo in mezzo, la condussero a me, mi narrarono in succinto la storia dei fatti e mi lasciarono libero il campo all'osservazione. La quale, su per giù, era analoga a quella del Ricciardi.

Il tumore multilobato, rosso, voluminoso, spingeva in avanti il velo, ed oltrepassava per un paio di centimetri il suo bordo libero. Allora, senza altro, io abbassai la lingua con l'indice della mano sinistra e con la pinza retro-faringea di Catti cercai fare buona presa sul neoplasma; tirai dolcemente, ed estrassi un enorme polipo, poco meno voluminoso di quello della figura 1ª. Mi assicurai col dito e con l'esame rinoscopico che non ne restava traccia, lavai con resorcina, frenai con percloruro la emorragia, la quale fu un poco più abbondante che non nel caso precedente. Il sollievo fu tale, che la piccola inferma non cessava dal darmi segno della sua riconoscenza.

Le considerazioni che noi possiamo fare su questi due casi, forse non sono prive d'interesse per la pratica.

L'enorme sviluppo dei mixomi nella tenera età parlerebbe anzitutto in favore di una certa predisposizione che viene da essa; e certamente il colossale sviluppo del neoplasma deve dipendere dalla formazione di quelli enormi spazii, che sarebbe poco esatto chiamare cavità cistiche, riempiti da sostanza mucosa.

La facilità con la quale questi tumori si fanno più volentieri strada nel cavo naso-faringeo sino in quello orale, anzichè verso le narici, deve richiamare la nostra attenzione sull'esatto punto d'im-

pianto; a me sembra che nelle circostanze da me narrate il punto di partenza sia l'orifizio delle coane.

L'attenzione del Chirurgo, anche quando l'esame rinoscopico rivela la presenza di un tumore, non sarà mai abbastanza richiamata sull'esame rinoscopico *averso*, ed in mancanza di questo, sull'esame del cavo naso-faringeo col dito, quando la vista non basta ad una diagnosi completa.

Sembra incredibile, ma pure è un fatto, che questi 2 infermi erano stati osservati da uomini competenti ed operati dagli stessi; ma forse l'animo loro, appagato dal reperto positivo, era stato distolto da una esplorazione che si può dire delle più elementari.

Infine l'operazione di questi mixomi si esegue per la via della bocca in modo facile e completo, come c'insegna il grato ricordo di questi due fatti, che avevano tutte le parvenze della gravezza, ma in fondo costarono tanta poca fatiga per essere scongiurati.

Su di un caso di ozena nasale e laringo-tracheale

STORIA ED EPICRISI — PEL DOTTOR GIOVANNI LA NOTTE

Luigi Nasci, di anni 24, barbiere, di Ostuni, di gracile costituzione organica. Ha padre e madre, fratelli e sorelle, tutti viventi ed in buona salute. È ammogliato con un sol figlio vivente e sano.

Prima dell'attuale malattia dice esser stato sempre bene. Solo dall'età di 6 anni soffre di una eruzione cutanea, costituita da piccole papule, per lo più sormontate da crosticine ematiche, rossobrune, che gli dà molta molestia; eruzione che crediamo essere una forma di *prurigo levis*. Inoltre cinque anni or sono si contagiò di ulcera venerea, che guarì subito e fu seguita da adenite inguinale suppurata, di cui si ristabilì completamente. Consecutivamente a ciò non ha avuto malattie alla bocca, alla pelle, nè dolori reumatoidi, nè caduta di capelli o altri segni che potessero accennare ad infezione sifilitica.

Verso questi ultimi anni avea preso l'abitudine di uscire di notte suonando e cantando; ed ha abusato talmente del suo organo vocale, che per tante notti cantava, per quanti erano i giorni del-

l'anno. Dieci mesi or sono però fu sorpreso dalla pioggia in una delle solite notti, per cui si bagnò tutto. Trascorsi quattro o cinque giorni dall'accaduto, cominciò ad avvertire un senso di stringimento alla gola con difficoltà di respiro. Gli furono ordinate cure di balsamici, decozioni espettoranti, ma l'infermo in nulla si giovò di queste cure, che anzi le molestie crescevano lentamente, e v'erano momenti in cui egli credeva dovesse finire asfittico; però bevendo qualche pozione calda, cacciava del muco raddensato, e le sue sofferenze diminuivano.

Da cinque mesi accusa anche impedimento ed un senso di occlusione alle fosse nasali.

Da quest'anamnesi siamo chiamati all'osservazione delle prime parti dell'organo respiratorio. Facendoci ad esplorare le fosse nasali, siamo colpiti dapprima da un puzzo insopportabile, ed applicando il rinoscopio, la fossa nasale sinistra ci fa vedere la mucosa molto tumefatta e ricoverta da essudato catarrale; la fossa nasale destra invece ci fa vedere la mucosa tumefatta con qualche esulcerazione ricoverta da essudato denso e crostoso.

Accostandoci alla bocca per esplorare il faringe e laringe, siamo colpiti anche da alito fetido. Vi è faringite cronica. L'esame laringoscopico ci fa notare leggermente tumida e rossa la mucosa laringea, come anche perduta la lucentezza ed il colorito bianco tendineo delle corde vocali; per cui appaiono rosse ed ipertrofiate. La mucosa che riveste la loro superficie inferiore è prolassata, specialmente dal lato sinistro; sicchè sporge alquanto sul lume della glottide. Le corde vocali si avvicinano bene durante la fonazione; obbediscono bene al movimento di abduzione, ma appunto perchè sono ipertrofiche, delineano uno spazio di dimensione inferiore al normale. Quando l'infermo è travagliato dalla laringostenosi, durante l'inspirazione, si vedono nello spazio sottoglottico masse di essudato rappreso di colorito giallo-grigiastro. Dopo che l'infermo ha espettorato, la mucosa tracheale si vede equabilmente tumida e rossa, sicchè non è possibile discernere le sottostanti cartilagini tracheali, e spingendo lo sguardo più giù si sorprende qualche altro zaffo di essudato concreto.

L'esame visuale dell'espettorato ci fa riconoscere l'essudato concreto che si era visto al laringoscopio. L'esame microscopico ci fa notare la presenza de' bacterii della putrefazione, e false membrane formate da sostanza mucosa, e senza alcun significato specifico; assenza di spore o micelii della *Leptothrix buccalis*.

L'infermo è tuttora afono quasi e si lamenta di difficoltà nel respiro, massime nelle prime ore del mattino, in cui è preso da veri accessi soffocativi; ma facendo prendere una pozione calda o facendo una nebulizzazione di una soluzione alcalina, caccia dei

mucchi densi e tenaci, e di colorito verdastro, la voce diventa un tantino più chiara e la difficoltà nel respiro diminuisce.

L'esame degli altri organi toracici è negativo.

L'infermo in questi ultimi anni ha abitato casa umida.

Come risulta dalla storia suaccennata, parecchie condizioni hanno dato luogo allo sviluppo di questa forma morbosa.

L'infermo ha l'aspetto di un individuo affetto da scrofolosi eretistica; e se fosse che noi c'ingannassimo, c'è là quella lesione cutanea, che, come una manifestazione della scrofolosi eretistica, parla chiaro. L'individuo quindi è scrofoloso, e come tale ha già una predisposizione congenita per le affezioni, massime catarrali, delle mucose, e di queste specialmente la mucosa dell'albero respiratorio.

In secondo luogo l'uscire tutte le notti cantando, l'aver abitato casa umida in questi ultimi anni, ed un poco anche la sua professione, sono tre condizioni che lo hanno esposto continuamente alle cause reumatizzanti, le quali doveansi ripercuotere sull'organismo, e dare a questo una predisposizione acquisita ad ammalare per qualsiasi fatto reumatico.

Da ultimo, le notizie che riferisce l'infermo sul continuo e smodato abuso del suo organo vocale, ci fanno veder chiaro una predisposizione locale di quell'organo ad ammalare facilmente, essendo quasi in un continuo stato iperemico. Aggiungasi che il laringe è un organo facile alle recidive, e non è improbabile, che l'infermo sia andato soggetto a qualche leggiera laringite, di cui non ricorda.

A questo cumulo di cause predisponenti non mancava che aggiungersi la causa occasionale, la quale non poteva tardare a presentarsi al notturno cantare, chè, in una delle solite notti si bagnò tutto, essendo stato colto dalla pioggia. L'iperemia flussionale determinata dal perfrigeramento cutaneo, aggiuntasi all'iperemia funzionale in cui trovavasi in quel momento l'organo vocale, produsser un forte turgore della mucosa laringea e sue vicinanze, cioè principio della trachea e faringe, con che sono benissimo spiegabili i fatti avvertiti dall'infermo in sul principio. Naturalmente le condizioni individuali insite ed acquisite e l'abitazione umida, non potevano permettere che quel processo di laringite acuta si fosse subito risoluto, e perciò passò allo stato cronico.

La diagnosi però di laringite cronica semplicemente non può contentare l'anatomo-patologo, non deve contentare il clinico. Quell'essudato di forma crostosa, dipendente dal muco-pus disseccato, e l'alito fetido che da esso ne esala, giacchè questo diminuisce quando quello è espettorato, non sono sintomi d'una comune forma di laringite, ed è perciò che ci richiamano alla mente qualche

forma peculiare. Non era possibile pensare ad una forma di laringite sifilitica; giacchè questa per lo più ha esito in ulcerazione, ed ha altra localizzazione; d' altronde l' anamnesi è anche negativa a questa ipotesi. Quella forma di rinite, che anche presenta il nostro infermo, è quella distinta coll' appellativo di *fetida*, rinite fetida che con una sola parola vien detta *ozena*. Ora noi vedendo nel laringe le medesime lesioni che nel naso, come risulta dalla storia, non esitiamo a chiamare anche questa forma di laringo-tracheite coll' appellativo di *fetida*, o con una sola parola ozena laringo-tracheale.

Tralasciamo la quistione se la rinite o la laringite assuma questa forma fetida per condizioni discrásiche dell' infermo, o perchè sia dal bel principio di natura parassitaria. L' esperienza e le ulteriori osservazioni dilucideranno questa quistione. È stata però il Professor Massei, che pel primo ha ammesso la natura parassitaria dell' ozena.

Il fenomeno che più travaglia il nostro infermo sono gli accessi di laringo-stenosi, prodotti dall'accumulo degli essudati; perciò sarà prima cura di render flüidi gli essudati, e più facilmente espettorabili. Il che facilmente si ottiene con nebulizzazioni di liquidi alcalini. Per es.

Sp. Carbonato neutro di soda . . . grammo *uno*
Acqua distillata . . . . grammi *cento*.

Ammettendo come il Prof. Massei la natura parassitaria, bisogna far seguire una nebulizzazione di un liquido disinfettante, e noi volentieri adoperiamo a tal uopo il liquore di Van-Swieten

Sarà utile pure fare una medicazione ancora più diretta di una sostanza detergente. Per es.

Sp. Iodoformio . . . . grammi *tre*
Etere solforico. . . . . grammi *nove*.

Non dovrà tuttociò esser scompagnato da una cura ricostituente antiscrofolosa per mezzo dei preparati jodici.

L' ozena laringo-tracheale non è così frequente come quello del naso, anzi è rarissimo, non essendo questo che appena il secondo caso veduto dal Prof. Massei; ecco perchè abbiamo creduto utile pubblicarlo.

—

Sulle iniezioni tracheali

Lettera del Prof. G. BRANCACCIO al prof. MASSEI

Gentilissimo Prof. Massei,

Sperimentando l'azione dei preparati di ferro, in preferenza per iniezioni ipodermiche, su diversi infermi di anemia della mia Sala (4ª Donne, Ospedale degl' Incurabili) mi venne in mente di stabilire degli studii comparativi, tra il modo di agire di questo farmaco, e l'uso delle *bevande di sangue caldo.* Quali fossero stati i risultati ottenuti, formerà oggetto di un apposito lavoro.

Però innanzi all'attività febbrile degli esperimenti, da cui attualmente è invaso il campo delle scienze mediche, non ho potuto limitarmi soltanto allo studio degli effetti ottenuti mercè la introduzione di sangue per le vie digerenti, ma ho ritenuto indispensabile studiare gli effetti delle iniezioni sottocutanee di sangue defibrinato, delle inalazioni del medesimo, e da ultimo delle iniezioni per la via della trachea. Il niuno ostacolo incontrato nella tecnica di tale operazione, il niun danno consecutivo, ed i risultati vantaggiosi ottenuti, mi hanno imposto di rivolgermi a Lei, pregandola a dar posto nel giornale di laringojatria da Lei diretto a questa mia, che rappresenta una nota preventiva del lavoro complessivo, che quanto prima verrà pubblicato.

È noto, come il metodo proposto da Green delle iniezioni in trachea di soluzione di nitrato argentico mediante sonda di gomma, sia stato oppugnato, non ostante i pareri favorevoli di Binnet e Griesinger, e non ostante che l'attitudine della superficie polmonale al rapido assorbimento fosse dimostrata dai lavori successivi di Gohie, Colin, Sègalas, Bernard etc., che han tratto immenso vantaggio in differenti circostanze, iniettando nella trachea con opportuni strumenti svariate medele.

Il Pernice (1) poi m'incoraggiò essenzialmente a sperimentare il metodo delle iniezioni tracheali, avendone egli con esperimenti assai

---

(1) V. Giornale Internazionale delle Scienze mediche, anno VI, fas. IV.

ben condotti dimostrata la innocuità. Ed ecco come ho proceduto in tali esperimenti eseguiti in compagnia del Dott. A. Solaro nel Gabinetto di Anatomia Patologica dell'Ospedale degli Incurabili.

Ligato il cane sul tavolo di operazione in posizione supina ed inclinata, con la testa estesa ed in su, e la regione del collo sporgente, due volte ho infitto direttamente l'ago della Siringa di Luer nella trachea; mentre in altri due esperimenti ho inciso gli strati cutanei e muscolari (per maggior sicurezza di successo), ho messo a nudo la parte più bassa che è possibile della trachea, e quindi ho introdotto l'ago, iniettando il sangue defibrinato e filtrato dello stesso animale, a cui era stato estratto il giorno precedente mediante salasso.

La quantità di sangue iniettato è stato da 15 a 25 grammi, e contrariamente a quanto è stato praticato dal Pernice non ho per nulla riscaldato il sangue, sino a gradi 39, ma l'ho iniettato alla temperatura ordinaria. Per lo più nel fare le iniezioni ho spinto in modo da far discendere il sangue nella trachea goccia a goccia, ma delle volte ho spinto rapidamente, ed ho potuto convincermi, che mantenendo l'ago infitto obbliquamente in giù, non è da temere alcun rigurgito in sopra del liquido che s'inietta, donde la tosse per lo stimolo dei rami laringei.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti.

Durante la iniezione, niente affanno, mai un colpo di tosse, niuna molestia da parte dell'animale, meno qualche movimento di deglutizione, allorquando il sangue spinto toccava la parete posteriore della trachea. Terminata la stessa, l'animale, il quale nel giorno precedente era stato dissanguato, e quindi era debole e malandato, e il di cui sangue visto al cromocitometro di Bizzozzero e con l'apparecchio di Thoma presentava i caratteri dell'anemia, si vedeva più ricuperato nelle forze, molto più rianimato, ed il sangue riosservato più ricco di globuli rossi. I cani, su cui ho sperimentato, riosservati quattro a cinque giorni dopo, non hanno mai offerto fenomeni d'irritazione flogistica dell'apparato respiratorio.

I limiti che mi sono imposto, mi obbligano di non entrare in ulteriori dettagli. Certamente le iniezioni nella trachea di principii medicinali e di sangue rappresentano un prezioso acquisto per la terapia, considerando la facilità della loro esecuzione, la innocuità delle medesime, ed il rapido assorbimento dei liquidi iniettati.

La ringrazio del favore, che sarà per farmi, mentre coi sensi della più alta stima mi raffermo di lei

Napoli 10 Marzo 1885.

Dev. Amico e Collega
Dott. **F. Brancaccio**

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

—

Barth. *Tubercolosi della faringe ed angina tubercolare.*

Sotto questo doppio titolo, l'Autore comprende tutte le manifestazioni tanto acute quanto croniche della tubercolosi della gola, vuoi che l'infezione delle parti laringee col tubercolo produca una vera angina, vuoi che la tubercolizzazione senza provocare una reazione flemmasica, si limiti a produrre infiltrazioni ed ulcerazioni.

Fra le lesioni anatomiche, alcune sono visibili ad occhio nudo, e presentano due fasi: la infiltrazione e l'ulcerazione. Nella prima fase, la tubercolosi può mostrarsi sotto la forma miliare acuta (caratterizzata da una quantità più o meno grande di granulazioni sporgenti, biancastre, con o senza reazione flogistica), o sotto quella cronica (con rugosità ed inspessimento della mucosa nonchè deposito di una placca sporgente di tubercoli agglomerati) Quando l'angina tubercolare cronica è secondaria alla laringite, l'infiltrazione si verifica a grado a grado, dal basso in alto; quando é primitiva, essa si localizza sopra una tonsilla od una porzione del velo pendolo.

Nella fase ulcerativa, bisogna ancora distinguere due forme: nella tubercolosi acuta, ogni granulazione è seguita da un'ulcerazione arrotondita, a bordi nettamente spiccati, che bentosto confluisce con quelle limitrofe, e produce un'ulcerazione irregolare. La gola presenta allora un aspetto caratteristico, le pareti sono ammantate da un essudato bianco, ben poco aderente. La mucosa può essere completamente distrutta. Nella tubercolosi cronica, l'ulcerazione resta limitata alla placca, e proprio all'aspetto di una placca mucosa ulcerata, che ora produce grosse escrescenze molli, ora assume un carattere terebrante. Le ulcerazioni sono scarse e profonde se l'angina è primitiva, in vece sono numerose e superficiali se essa è secondaria alla laringite.

Fra le lesioni concomitanti, bisogna segnalare anzitutto l'adenite sotto-mascellare, indi tutte le alterazioni tubercolari del tubo digestivo e dell'apparato respiratorio. Un fatto degno di nota, è che raramente la bocca viene attaccata contemporaneamente alla faringe: 7 volte su 46 casi. In generale, vi ha una correlazione fra la forma di tubercolizzazione della gola, e quella nella laringe

e nel pulmone. Secondo l'A., le lesioni microscopiche sono molte nette, e quelle della mucosa sono costanti. Anzitutto, nello strato sotto-epiteliale vi ha una formazione di granulazioni embrionarie, indi adulte con le loro cellule giganti; in ultimo ha luogo la caduta dell'epitelio (divenuto granuloso) e l'ulcerazione.

Quando è apparsa l'ulcerazione, nè sul fondo, nè sui bordi si rinvengono le granulazioni tubercolari sopra-indicate, giacchè esse appajono soltanto a qualche distanza; nei casi iperacuti le granulazioni rapidamente distrutte divengono irriconoscibili.

Le glandole a grappolo dapprima sono ipertrofizzate, poscia si infiammano, e divengono fibrose o si caseificano.

I follicoli chiusi mostrano ora un'infiammazione acuta (che termina col rammollimento e con la formazione di ulcerazioni), ed ora una cronica, caratterizzata dallo sviluppo di granulazioni tubercolari.

In parecchi casi, l'A. ha osservato, che le granulazioni tubercolari possono invadere i sottostanti muscoli della mucosa, infiltrarsi fra i fasci ed anche fra le fibre muscolari, occupando il connettivo interstiziale; i fasci primitivi sono allora atrofizzati, rotti, vitrei; sopra un taglio trasversale si presentano trasformati in noduli, costituiti da ammassi di elementi embrionarii deformati.

I vasi sanguigni o capillari dapprima sono dilatati, ingorgati; più tardi sono la sede di una evidente endarterite, e spesso sono obliterati da un coagulo granuloso.

È difficile precisare le lesioni dei linfatici: vi si possono riscontrare granulazioni embrionarie, limitate da serie di cellule piatte, situate alla periferia delle granulazioni tubercolari.

Non sono ancora ben note le condizioni, che predispongono alla localizzazione della tubercolosi nella gola. L'angina si riscontra spesso negli adulti; su 43 infermi osservati dall'A. 25 erano maschi e 18 femine.

La tubercolosi faringea è proteiforme ed ha un decorso svariato; il primo sintomo che richiama l'attenzione dell'infermo è il dolore. Indi, appaiono piccole eminenze grigiastre, acuminate, che si ulcerano rapidamente, e le ulcerazioni — nei diversi casi — sono svariatissime per numero, forma, estensione e profondità. Più tardi, i gangli del collo mostrano un notevole ingorgo, il quale è indolente, oppure doloroso e suppurato.

I disturbi funzionali si esasperano a grado a grado; essi sono: dolore, disfagia, paresi del velo pendolo, scialorrea, difficoltà di articolare la parola, dolori nell'orecchio, sordità. Lo stato della laringe e dei pulmoni è variabile; l'esito è letale, vuoi per cachessia dovuta alla inanizione vuoi per lesioni degli altri organi.

L'A. indica in seguito tre forme cliniche distinte:

1) La *follicolite tubercolare acuta* è rarissima, ed è caratterizzata dai sintomi tifoidi della granulazione tubercolare e dalla generalizzazione delle granulazioni grigie o bianche, su tutta la faringe, le quali non hanno il tempo di ulcerarsi; la durata è di 2 a 3 settimane.

2) La *tubercolosi miliare acuta* che è — se non la più frequente al meno la più netta — si sviluppa negli individui chiaramente tubercolosi; essa è caratterizzata da una eruzione di granulazioni che si esulcerano; le ulcerazioni si ingrandiscono e confluiscono insieme, mentre intorno si formano nuove ulcerazioni; la laringe per solito resta intatta: la durata è di 1 a 4 mesi.

3) La *tubercolosi ulcerativa cronica*, che sovente passa inavvertita, spesso è accompagnata da tisi laringea, ora primitiva, caratterizzata da ulcerazioni superficiali e poscia profonde, sovente uniche, a decorso lento; ora secondaria alla laringite ed esordisce allora alla base della lingua; durata: 6—8 mesi.

Circa la diagnosi differenziale fra l'angina tubercolare e quella di altra natura, vanno prese in considerazione le seguenti forme cliniche:

1) L'*angina della febbre tifoide* (che è meno dolorosa e non presenta affatto i punti bianchi splendenti) e *del vaiuolo* (la quale a dire il vero si distingue dall'angina tubercolare per i sintomi generali e l'eruzione cutanea);

2) L'*angina erpetica* (che si distingue per le sue chiazze bianche poco aderenti, le sue ulcerazioni a cicatrizzazione rapida e l'erpete labiale); l'angina *del mughetto* (sempre accompagnata da stomatite con chiazze di aspetto lattiginoso e semplici esulcerazioni della mucosa); l'angina *aftosa* (decorrente sempre in concomitanza di vescicole nella bocca, specie dietro l'arcata dentaria superiore); l'angina *ulcero-membranosa* (limitata sempre all'istmo delle fauci, con ulcerazioni irregolari, senza adenite);

3) L'*angina glandolosa* (con sporgenze dei follicoli e depressioni quasi cicatriziali, senza adenite), l'*angina scrofolosa vegetante od ulcerosa* (a decorso lento, con cicatrice varie ed impronte di scrofola); il *cancro della faringe* (placca dura callosa, sanguinante, icorosa, con adenopatia dolente); *svariate sifilidi* (ulcera indurata, solitaria, arrotondita, a superficie liscia; placche mucose raramente escavate, di tinta opalina, a decorso cronico, accompagnate da placche delle labbra o della bocca; sifilidi tardive che si manifestano con ulcerazioni diffuse, serpiginose o perforanti; gomme ulcerate con cavità cistica profonda, a bordi fluttuanti).

Secondo l'A. nelle forme croniche si può adoperare l'acido cromico, la tintura di jodo, la glicerina fenicata; nelle forme acute per

calmare i dolori si può ricorrere al iodoformio; ai collutorii morfinati oppure al ghiaccio.

(*Schmidt's Jahrbücher*).

Liegeois. *Un caso di afonia riflessa a stomacho laeso.*

Si tratta di un infermo a 29 anni, il quale avendo presentato alcuni prodromi di reumatismo articolare, fu sottoposto alla tintura di colchico. Al secondo giorno della cura, malgrado la nausea da cui era affetto, mangiò zuppa condita col lardo, e pochi momenti dopo fu colpito da brividi, stordimento ed afonia; non poteva articolare alcuna parola. I movimenti erano liberi, l'intelligenza intatta, punto febbre. Malessere nella regione epigastrica. Fu prescritto un granello di emetico ed una pozione al cloralio. Un'ora dopò l'afonia scomparve; essa era durata 4 ore.

L'A. crede che la comparsa dell'afonia non deve essere punto addebitata al colchico, ma all'indigestione, la quale per riflesso determinò la perdita della parola. Egli ravvicina questo fatto a quelli che sono stati segnalati da J. Frank in casi simili.

(*Virchow's Jahresberichte*).

O. Chiari (di Vienna). *Stenosi della laringe e della trachea nel rinoscleroma.*

Sopra una trentina di casi di rinoscleroma, 5 volte fu veduto quest'affezione accompagnarsi a stenosi della laringe e della trachea. Ora, questi organi, secondo l'esame istologico di Ganghöfner, sono la sede di un processo analogo a quello delle parti esteriori; laonde quest'autore, all'affezione qualificata col nome di cordite inferiore ipertrofica cronica, impartisce la denominazione di *scleroma della laringe e della trachea*. Egli ammette, che questa varietà di scleroma possa sopravvenire indipendentemente dal rinoscleroma volgare. Chiari pur non accettando quest'ultima conclusione, si associa alla opinione d. Ganghofner circa la natura del processo istologico.

Il suo esame è stato fatto sugli organi di una donna presentata (da Jarisch) alla società dei medici di Vienna. Si constatò che il velo pendolo e la faringe erano invasi da tessuto cicatriziale, disseminato di placche cartilaginee, che riduceva ad un forame molto angusto l'orificio posteriore delle fosse nasali. Le parti superiori della laringe erano sane, ma al di sotto delle corde vocali inferiori esordivano bruscamente lesioni, che si prolungavano fino al settimo anello della trachea. Sopra tutto quest'ambito, la mucosa inspessita mostrava gibbosità, sporgenze che restringevano notevolmente

il calibro del canale respiratorio; essa era trasformata in tessuto fibroso, cicatriziale, con parti dure come tessuto osseo. Al di sotto del settimo anello, la mucosa non mostrava più nessuno ispessimento; era soltanto disseminata di granulazioni miliari molto dure.

Ecco i risultati dell'esame istologico:

1) A livello ed al di sotto delle corde vocali inferiori, lo strato epiteliale ispessito invia prolungamenti fra le papille, che sono infiltrate da un enorme quantità di cellule rotonde; queste cellule si trovano tutte nella mucosa, che è quattro volte più spessa che allo stato normale.

2) Nel segmento tracheale, l'epitelio a cigli vibratili è sostituito da epitelio pavimentoso stratificato. Le papille sono ipertrofizzate ed infiltrate da cellule arrotondite. Al di sotto del corpo papillare, si trova un esile strato di cellule rotonde, indi uno strato di tessuto fibroso, i cui fasci — paralleli alla superficie mucosa — non contengono che un piccolo numero di cellule fusiformi o rotonde, le quali accompagnano lo scarso numero di vasi; il tessuto fibroso dà passaggio ad alcuni canali glandolari.

Al di sotto dello strato fibroso che costituisce il terzo dello ispessimento della membrana, si vede una grande quantità di cellule rotonde e fusiformi; le prime costituiscono talvolta accumuli considerevoli. Anche qui vi sono dei fasci fibrosi, ma sopratutto vasi ispessiti. Ciò che vi ha di caratteristico in quest'ultimo strato, è l'esistenza di nuclei cartilaginei, inglobati in mezzo a fasci ed elementi cellulari, ed alcuni dei quali sono in via di calcificazione od anche di vera ossificazione con lamelle, canali di Havers e spazii midollari.

Queste eccondrosi provvengono in gran parte dal pericondrio degli anelli, il quale in parecchi punti è ispessito, e partecipa al processo flogistico.

Gli acini glandolari invasi dalla proliferazione delle cellule rotonde sono dissociati, e talvolta sono compressi e distrutti; si rinvengono detriti di questi in mezzo ai fasci fibrosi.

3) Sui limiti del segmento tracheale leso manca l'epitelio; la membrana propria è ispessita; gli strati superficiali, attraversati da gran numero di vasi, contengono molte cellule rotonde, che si riscontrano eziandio intorno ai cul di sacco glandolari.

4) Più lungi, nelle parti che appaiono sane ad occhio nudo, si constatano soltanto desquamazione epiteliale, mediocre infiltrazione cellulare della mucosa, nonchè la presenza di alcuni noduli cartilaginei ed ossei.

Giusta quest'analisi istologica, lo scleroma della laringe e della

trachea può essere assimilato al rinoscleroma, come lo descrivono gli Autori.

(*Wiener med. Jahrb.*).

M. J. Rossbach. *Sopra uno speciale disturbo vaso-motorio delle mucose della gola.*

In 2 persone affette da astenia nervosa con iperestesia faringea, l'A. ha constatato notevoli modificazioni nella circolazione delle mucose della gola. Di tratto in tratto la mucosa gutturale presentava un intenso rossore flogistico ovvero un certo grado di pallore. Rossbach si è assicurato che queste alternative non coincidevano nè con una transitoria iperattività cardiaca, nè con una più forte replezione dei vasi cutanei. Tuttavia, egli porta opinione che si tratti di un fenomeno vasomotorio, onninamente paragonabile al rossore emozionale della faccia.

Oltre a ciò, egli crede che vi sia un rapporto intimo fra questo fenomeno e l'iperestesia laringea che presentano i due infermi, e che l'uno e l'altra siano l'espressione di una causa comune, cioè della straordinaria eccitabilità dei nervi sensitivi e vaso-motori della gola, nonchè dei loro centri.

La sola differenza che presentavano questi due infermi, si è che nell'uno (uomo a 50 anni) la tinta normale od anche pallida subentrava all'iperemia nello elasso di un certo numero di minuti, mentre nell'altro (donna a 40 anni), questi cangiamenti non si osservavano che da un giorno all'altro.

(*Schmidt's Jahrbücher*).

W. Shaw Bowen. *Sopra un caso di paralisi della laringe di origine palustre.*

Un uomo a 37 anni, che non aveva fatto giammai abuso di alcool o di tabacco, e non presentava alcuna traccia di sifilide, divenne repentinamente afono. Alcuni mesi prima era stato colpito da febbri, a forma anzitutto remittente e poscia intermittente quotidiana. L'afonia sopravvenne durante un accesso febbrile. Esaminando la laringe, si constatò che le corde vocali erano leggermente arrossite e che i loro muscoli tensori erano paralizzati. Come cura fu adoperata dapprima l'elettricità, ma senza alcun risultato; poscia gli fu dato del solfato di chinina alla dose di 10 centg. ogni 2 ore.

Quindici giorni dopo, la voce era ritornata allo stato normale.

(*Virchow's Jahresberichte*).

John N. Mackenzie. *Tubercolosi dei muscoli della laringe.*

Molti tagli furono fatti attraverso la cartilagine aritenoide ed i muscoli inseriti alla sua base; le alterazioni istologiche consistevano: 1) in depositi di tubercoli miliari ben caratteristici, nella sostanza delle fibre muscolari e nei loro interstizii; 2) in alterazioni delle stesse fibre.

Nelle parti profonde, vicino al punto dove le fibre muscolari si inseriscono alle cartilagini aritenoidi, si rinvengono numerosi tubercoli, nettamente circoscritti, avviluppati da tessuto muscolare, e ben distinti dalla infiltrazione tubercolare della membrana mucosa, che tappezza questa porzione della laringe. Essi risiedono nel centro del muscolo, fra i fasci primitivi, dai quali sono completamente circondati, e che hanno divaricato; di guisa che a livello del tubercolo il fascio muscolare presenta al microscopio una dilatazione ampolliforme, ed i fascicoli esterni circondano completamente il tubercolo, mentre quelli risiedenti al centro sembrano attraversare la sostanza o terminarsi bruscamente al suo limite in una massa di piccole cellule rotonde. I fascicoli in alcuni punti sono completamente rotti; in altri sono riassorbiti dalla pressione di un tubercolo limitrofo. Gli stessi tubercoli presentano l'aspetto tipico di questi neoplasmi, giacchè ciascuno di essi contiene parecchie cellule giganti. In uno, la degenerazione caseosa aveva prodotto la distruzione quasi completa della sua porzione centrale. Un'abbondante infiltrazione di cellule rotonde esisteva in vicinanza immediata dei fasci primitivi e nei loro interstizii.

Le alterazioni più notevoli negli stessi fasci primitivi si compendiavano in un aumento del numero e delle dimensioni delle cellule muscolari. Queste in generale erano ingrandite e riempite di una sostanza granulosa; in altre il nucleo era completamente visibile. In taluni punti il tessuto muscolare non presentava un'alterazione patologica ben distinta, tranne forse lieve aumento del numero dei nuclei; in altri punti invece, e specie vicino ai tubercoli, la striatura era indistinta, le fibre erano infrante, di guisa che la guaina del sarcolemma era invisibile, ed in alcuni punti lo stesso tessuto muscolare convertito in detriti granulosi.

Questi risultati aggiungono ben poco a ciò che è stato osservato già da Heinze (*Die Kehlkopfschwindsucht, Leipzig*, 1879, p. 69), ma confermano in modo evidente la esattezza della sua affermazione, e possono essere di grande interesse per quelli che studiano tale argomento. L'A. porta opinione che la degenerazione granulo-adiposa delle fibre muscolari dipenda piuttosto da un disturbo della

nutrizione (prodotto dalla infiammazione cronica), e che non costituisce una parte integrante del processo tubercolare.

(*The Med. Times*).

Virchow. *Pachidermia della laringe.*

La lesione che Virchow qualifica sotto questo nome è molto rara, e si riscontra sopratutto nei vecchi bevoni. Essa risiede sulla parete posteriore della laringe, nel punto dove l'epitelio pavimentoso passa sulle corde vocali, e dove la sporgenza formata dall'apofisi vocale delle aritenoidi, al momento in cui la porzione posteriore delle corde vocali si ravvicina, fornisce occasione a sfregamento reiterato.

Questa lesione è caratterizzata da un'abbondante proliferazione dell'epitelio, che tende ad assumere i caratteri dell'epidermide, ed a dare luogo — mercè il deposito di foglietti stratificati — ad una specie di occhio di pernice. Si rinviene così da ogni lato, in un punto corrispondente, una indurazione leggermente depressa, a bordi sporgenti, mentre la mucosa delle parti adiacenti presenta un rossore, dovuto ad una congestione passiva.

A questo stato non si può dare il nome di catarro cronico, giacchè non vi ha la menoma secrezione. Virchow, al quale il suo speciale ufficio non permette di osservare infermi viventi, sospetta che gli abusi della voce tanto frequenti nei bevoni, siano la causa della lesione.

(*Virchow's Jahresberichte*).

L. Elsberg. *Sulla Classificazione delle Nevrosi Laringee.*

L'A. distingue la *discinesia* laringea (disturbi motorii) e la *disestesia* (disturbi sensitivi). Quest'ultima viene da lui classificata come segue:

I. *Ipoestesia*: α) anestesia, β) analgesia (analgia, anodinia), γ) anestesia dolorosa, δ) ipoestesia tattile e ipalgia, ε) ipoestesia riflessa.

II. *Iperestesia*: α) iperestesia tattile, β) iperalgia (algesia, iperalgesia: cioè nevralgia spontanea per influenze esterne; nevralgia periferica nel tronco nervoso; nevralgia costante, parossismica o vera), γ) iperestesia riflessa (azioni muscolari, cioè tosse; soffocazione; spasmo ovvero influenze circolatorie — rossore, pallore — ed influenze secretive).

III. *Parestesia*: Le alterazioni della sensibilità sono tanto svariate, che è impossibile classificarle ed enumerarle tutte. Si possono presentare disturbi della sensibilità tattile, dolorifica o ri-

flessa ; fra i primi, i più frequenti sono la sensazione di calore o di bruciore , e le senzazioni di corpo estraneo ; questi ultimi a seconda della forma del corpo estraneo che viene avvertito si presentano come : 1) *sferestesia*, 2) *zonestesia*, 3) *acantestesia*.

Circa i disturbi motorii, l' A. segue la classifica di Mandl, e li ripartisce in *ipocinesia*, *ipercinesia* e *paracinesia* ; tuttavia, queste due ultime classi, clinicamente non possono essere distinte l' una dall' altra, ed egli le abbraccia iusieme sotto il nome di spasmo, oppostamente alla paralisi. Nella paralisi di tutti i muscoli , eccezion fatta da quelli innervati dal laringeo superiore, il margine delle corde vocali sarebbe leggermente concavo, oppostamente alla posizione cadaverica , nella quale i cennati margini sono retti o leggermente convessi. Finora quest' osservazione non è stata confermata da altri.

Circa la classifica delle varie forme di spasmo, l'A. segue quella di Gerhardt : 1) forme provocate da stimolazione diretta dei nervi laringei ; 2) spasmo riflesso della laringe ; 3) spasmi laringei isterici; 4) spasmi funzionali.

A ciò bisogna aggiungere pure gli spasmi inspiratorii (laringismo stridulo) e quelli espiratorii.

In ultimo l' A. si difende giustamente contro il critico dell'*International Centralblatt für Laryngologie*, che avea qualificato il suo sistema come « molto artificioso , e fondato più sopra disquisizioni teoriche, che non sopra osservazioni al letto dell' infermo ».

(*Wiener med. Presse*).

M. Mackenzie. *Tumori nella Trachea.*

Un infermo a 49 anni da 12 mesi accusava vellichio nella gola con progressivo stridore nella espirazione e nell' inspirazione. All' esame laringoscopico non si potettero accertare movimenti di adduzione delle cordi vocali durante l' espirazione. Il lume della trachea era riempito da un tumore rossastro; a lato della trachea vi era un piccolo tumore peduncolato , che nella respirazione si moveva qua e là. Con la tracheotomia furono allontanati entrambi; si notò allora che si trattava di fibromi molto ricchi di vasi, i quali avevano punto di partenza dalla cartilagine cricoide, e da questo punto posteriormente ed a destra sulla parete tracheale si diffondevano in giù per un pollice e mezzo, continuandosi a grado a grado nella mucosa normale

(*The Lancet*).

Schnitzler. *Tumori tubercolari nella laringe. Estirpazione per le vie naturali. Guarigione.*

Questo caso riguarda un giovane a 21 anno, che nella infanzia, soffri tumefazioni glandolari scrofolose, ma, per tutt'altro, fu sempre abbastanza sano, fino a che cominciò ad essere affetto da tosse. Alcune settimane, avanti di essere accolto per la prima volta in clinica, si erano manifestati affanno, disfagia, dimagramento e febbre. Reperto pulmonale da amendue i lati: ottusità, respiro bronchiale, rantoli, negli sputi un gran numero di bacilli tubercolari. Nella laringe non vi è alcuna traccia di ulcerazione; le corde vocali appena visibili, in quantochè tutta la cavità laringea era riempita da tumori, grossi quanto una fava, fino ad una noce avellana, i quali avevano punto di partenza dal ventricolo del Morgagni. Questi tumori erano alquanto più rossi del resto della mucosa; sopra di loro si poteva scorgere un gran numero di noduli grigi e bianco-giallastri, grossi quanto una capocchia di spillo. Fu fatta diagnosi di tumori tubercolari. Al 30 novembre del 1882, fu eseguita la tracheotomia, e dopo 8 giorni i tumori furono allontanati con la ghigliottina laringea.

L'esame istologico, eseguito dal Prof. Kundrat, diede il seguente risultato: « si tratta di un tumore poliposo della mucosa, disseminato da un numero tanto abbondante di tubercoli miliari, da potere essere riguardato come un vero agglomerato di tubercoli.»

Dopo la estirpazione, Schnitzler eseguì le insufflazioni di jodoformio. Le ferite prodotte dalla operazione guarirono rapidamente; la tumefazione di tutta la muccosa laringea diminuì ben presto, diguisachè persino la pristina immobilità della cartilagine aritenoide, a grado, a grado migliorò alquanto. Internamente furono somministrati arsenico e ferro. Lo stato generale dell'infermo migliorò, e, al 6 marzo 1883, fu rimandato « guarito » dal « *Rudolphinerhause* ».

Alla fine di maggio del 1883, lo stato dell'infermo era essenzialmente peggiorato. L'aspetto abbattuto; vi erano dispnea ed inspirazione sibilante. Nella laringe: false corde vocali tumefatte ed arrossite; sotto la corda vocale destra si vedeva un tumore fluttuante. Nella inspirazione, la rima si dilata pochissimo. Al 6 luglio 1883, fu di nuovo eseguita la tracheotomia. Lo spazio sub-cordale era invaso circolarmente da masse fungose, grigio-rossastre, sporgenti nell'interno della laringe, le quali in parte furono raschiate con la sgorbia ed in parte allontanate con forbici. Al 12 luglio del 1883, fu applicata una laringe di Bruns, senza apparato vocale.

Al 26 agosto del 1883, l'infermo fu di nuovo « rimandato guarito ». Nel marzo del 1884, il suo stato si aggravò ancora. L'aspetto dell'infermo era desolante, e, malgrado la cannula, la respirazione era sibilante e rantolosa. Merita nota l'odore penetrante che il paziente tramandava. L'aja, in cui la risonanza del polmone era ottusa, non si era accresciuta; esisteva catarro bronchiale diffuso, con abbondante secrezione fetida. Nella laringe: forte rossore e tumefazione di tutta la mucosa laringea; in nessun punto ulcerazione. Le cartilagini aritenoidi stavano abbastanza lontane fra di loro, ma si movevano pochissimo. Attraverso di esse si poteva scorgere la cannula tracheale. La mucosa era ammantata da denso secreto giallastro e fetido. Furono fatte inalazioni di sublimato ed insufflazioni di jodoformio. La secrezione diminuì rapidamente ed il cattivo odore scomparve. Al 12 giugno del 1884 fu allontanata la cannula e furono introdotti cateteri laringei; dal 1° al 17 luglio, si potette, dai cateteri di N.° 5½, salire fino a quelli di N.° 10. L'esame laringoscopico fece allora rilevare una laringe molto spaziosa, in nessun punto esistevano ulcerazioni, le false corde vocali ispessite. Internamente furono somministrati ferro ed arsenico. Inalazioni di benzoato sodico e di olio di pino. Dalla metà di luglio, non si possono più accertare bacilli tubercolari negli sputi. Schnitzler fa rilevare la rarità di tali tumori, il che dipende da che essi per lo più cadono rapidamente in sfacelo e determinano ulcerazioni. Egli ha osservato soltanto due casi analoghi. Il Dr. Rido, in Londra, descrive anche un caso identico. Tuttavia, fa mestieri notare che il Dr. H. Chiari, in Vienna, è stato il primo a descrivere tali tumori.

Schnitzler ritiene che il caso da lui riferito, a causa del decorso favorevole, sia unico nella letteratura; egli porta opinione che questo decorso favorevole è dovuto unicamente alla terapia da lui praticata.

(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Kehlkopf, Nasen etc.*).

Charazac. *Gomma sifilitica della laringe, artrite crico-aritenoidea sinistra, paralisi acuta dell'adduttore destro, tracheotomia, guarigione.*

Le gomme della laringe sono abbastanza rare (? Red.). La loro sede di predilezione è sulla glottide, specialmente sulla piega ari-epiglottica sinistra; in casi eccezionali, sono state osservate anche sotto la glottide (Türck, Bouveret) e nei bronchi (Wagner). Possono essere riassorbite con un trattamento specifico, ma, per solito, resta una indurazione. D'altra parte, esse possono suppurare e restare le più vaste distruzioni. L'autore cita, su tale ri-

guardo, casi di **Isambert**, **Lepine**, **Krishaber**, **Mandl**, **Peronne** e **Semon**, ma dolorosamente si mostra poco al corrente della letteratura italiana, se no, non avrebbe tanto insistito per dimostrare che codesto è uno studio nuovo, e l'affezione piuttosto rara.

Una donna a 29 anni, sifilitica, fu affetta da raucedine e dolori al lato sinistro del collo; la porzione posteriore della corda vocale sinistra era arrossita. Vi erano immobilità e tumefazione della regione aritenoide sinistra; una sporgenza gialla nella piega ariepiglottica presentava i sintomi della gomma. Il trattamento antisifilitico fu male tollerato; si verificarono edema al lato sinistro, sibilo laringeo; la corda vocale destra stava in persistente posizione di fonazione. Tracheotomia con successo. Si ricorre allora di nuovo ad un trattamento specifico, durante il quale accadde la guarigione; la cannula potette essere allontanata.

Questo caso è interessante, in quantochè una paralisi unilaterale acuta della porzione crico-aritenoidea si associò ad edema del lato sinistro e richiese la tracheotomia; oltre a ciò, è interessante pure inquantochè la laringe tanto malata, sotto un energico trattamento antisifilitico, si trasformò ben presto in normale.

(*Schmidt's Jahrbücher*).

Loewenberg. *Natura e trattamento dell' Ozena.*

In questa memoria l'A. espone i risultamenti di talune indagini microscopiche, le quali confermano pienamente una idea che fu espressa già molti anni or sono dal Direttore di questi Archivii, il Prof. **Massei**, cioè che l'affezione in parola fosse di origine parassitaria. In fatti, **Loewenberg** nel secreto di infermi di ozena, che egli trovò sempre alcalino e soltanto una volta di reazione neutra, rinvenne grossi diplococchi (spesso aggruppati in forma di catena, di rado in cumuli), che egli ritiene come causa efficiente dei peculiarii sintomi dell' ozena. La forma dei cocchi ora è sferica, ora ellissoide, e talfiata rettangolare. Nell'esame di questi cocchi (con un oggettivo di Hartnack di $^1/_{18}$) col bleu di metile o col violetto di genziana, l'A. ha osservato talvolta una esile stria trasversale biancastra. Per l'esame è bene scegliere esili filamenti di muco, come quelli che si tendono sempre fra il setto e i turbinati.

Anche nella faringe, che è quasi sempre contemporaneamente impegnata, si possono riscontrare cocchi, tuttochè in piccolo numero.

Sotto il punto di vista *diagnostico*, essi sono importanti perchè con essi si ha un dato per poter accertare in modo sicuro un'ozena *incipiente*.

Per la cura l'A. raccomanda la doccia nasale col sublimato

(1 : 9000 — 10,000), lavaggio del naso con eguale soluzione ed insufflazioni di acido borico.

(*Deutsche Med. Zeitung*).

Oswaldo Casali. *Corso di Fisica Medica.*

Tuttochè quest'opera del chiarissimo professore di Fisica di Camerino tratti un argomento estraneo all'indole del nostro Giornale, ci permettiamo di menzionarla qui, per la lontana allusione che v'è al *laringoscopio* eziandio, e colghiamo l'occasione per porgere le nostre sincere e cordiali felicitazioni al distinto Autore, il quale ha arricchito la letteratura medica italiana di un'opera originale, che mancava appo noi, ragione per cui finora i nostri giovani erano costretti a ricorrere ai trattati stranieri.

Fedeli al programma dei nostri Archivii, non prenderemo punto a disamina quest'opera. Crediamo però doversi esprimere l'augurio che essa, da oggi innanzi, figuri nella biblioteca privata di ogni medico italiano, il quale vi troverà esposto egregiamente tutto ciò che la scienza finora ha stabilito di sicuro nel campo immenso e sconfinato della *Fisica Medica* « questo nuovo ed illustre rampollo del progresso del secolo decimonono ». L'opera è ben coordinata; il tutto armonizza con le singole parti, e l'obbiettivo principale dell'A., cioè mostrare in qual modo i ritrovati della Fisica possano essere utilizzati a scopo medico, è stato pienamente raggiunto.

Ogni nuova disciplina medica, la quale staccandosi dal tronco principale donde promana si afferma a vita autoctona ed indipendente, segna una nuova tappa penosa nell'orizzonte scientifico, un nuovo passo fatto nella via del progresso. Sotto questo punto di vista, salutiamo con gioia questa nascente disciplina, fonte di nuovi progressi. Come conterranei dell'Autore ci sentiamo orgogliosi che la produzione scientifica italiana si arricchisca tuttodì di nuove opere indigene, segno infallante del risveglio che anima di nuova e benefica vita la gran patria italiana, che speriamo vedere ben presto liberata dall'ultima orma, ancora rimasta, del nostro passato servaggio, cioè quella di essere costretti a ricorrere per libri di testo agli stranieri, difettandone in casa nostra.

V. Meyer.

Grazzi Prof. V. *Perchè l' Otologia deve considerarsi come uno dei più importanti insegnamenti speciali.*

Ecco il titolo della prolusione letta nell'Anfiteatro Anatomico del R. Istituto di studi superiori in Firenze (Sezione di Medicina e Chirurgia) il 30 Novembre 1884.

Ammiratori spassionati del **Grazzi** e dell'indirizzo serio dei suoi studi, siamo felici di poter lodare pubblicamente, e con pieno convincimento, quest'altro lavoro che rivela in lui la sicurezza di un vecchio insegnante.

La tesi che egli svolse, con istile facile e piacevole, con parola corretta e breve, posa tutta sopra nozioni di fisiologia normale che il Professore mostra di possedere egregiamente, e sopra dati importanti di fisio-patologia che egli espone come colui che veramente sa di muoversi in un campo bene esplorato E queste premesse servono tutte mirabilmente a mostrare come sia necessario ben conoscere e bene curare codeste importanti malattie.

Noi ci rallegriamo di cuore col nostro collèga, e ci facciamo un dovere soggiungere che nello scrivere di lui, non abbiamo fatto che l'amicizia divenisse un prisma; ma gli abbiamo tributato imparzialmente la lode che merita.

F. Massei

VARIA

Il Professor **Massei** tiene a rendere pubbliche e sentite grazie all'egregio suo Collega **Don Ramon de la Sota y Lastra** di Siviglia, il quale ha recentemente tradotte in ispagnolo, con forma elegante e spigliata, le sue *lezioni cliniche*, dettate nel Gesummaria l'anno scolastico 1882-83, e già edite per cura del Sig. Fr. **Vallardi**.

La edizione spagnola è splendida, precisa; la traduzione degna di un eminente Professore come il **de la Sota**.

La **Società francese di Otologia e Laringologia** vive rigogliosa vita a Parigi. Ce ne felicitiamo e con piacere diamo ai nostri lettori l'elenco originale delle Comunicazioni che si son fatte nella Sessione generale, la quale ebbe luogo nei giorni 2, 3 e 4 corrente:

1° M. **Menière** (Paris). — Surdité causée par les oreillons.

2° M. **Paul Koch** (Luxembourg). — Sur le Sarcome du corps thyroïde.

3° M. Garel (Lyon). — Abcès aigu retro-laryngien avec pneumonie double.

4° M. Gellé (Paris). — Valeur de l'épreuve des pressions centripètes. — Réponse aux critiques de Politzer.

5° M. Delie (Ypres). — Sur un cas de syphilis tertiaire tardive du larynx.

6° M. Bayer (Bruxelles). — Sur un cas de kystes osseux nasaux.

7° M. Moure (Bordeaux). — Du pronostic et du traitement de la rhinite atrophique ou ozène.

8° — — — Sur un cas d'aphonie simulée et un cas d'aphonie nerveuse chez un enfant.

9° M. Moura (Paris). — Rôle du muscle thyro-cricoïdien antérieur.

10° — — — Nature musculaire du ligament suspenseur de l'isthme du corps thyroïde.

11° M. Baratoux (Paris). — Sur la syphilis de l'oreille externe.

12° M. Noquet (Lille). — Un cas de syphilomes des conduits auditifs.

13° M. Senac-Lagrange (Cauterets). — États laryngiens rentrant dans les cas d'atonie laryngienne, d'irritation et de catarrhe.

14° M. Urban Pritchard (Londres) — Démonstration microscopique du limaçon chez les mammifères et les oiseaux.

15° M. Delie (Ypres). — Deux cas de corps étrangers dans l'oreille.

16° M. Noquet (Lille). — Deux corps etrangers de l'oreille.

17° M. Duhourcau (Cauterets). — Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oreille.

18° — — — Phymie laryngée, eaux sulfureuses et trachéotomie.

19° M. Massei (Naples). — La cocaïne et la chorée du larynx.

20° M. Max Schaeffer (Brême). — Sur l'aluminium acetico tartaricum et l'aluminium acetico-glycerinatum.

21° M. Boucheron (Paris). — Phosphènes et bourdonnements.

NECROLOGIE

Sono più di due mesi che chiudeva gli occhi all'eterno riposo Vincenzo Tanturri, e tuttora continuano i periodici scientifici a rendere onoranza alla memoria dell'illustre dermatologo.

Sul mattino del 31 Gennaio spirò l'ultimo fiato a Scanno, un remoto paesello alpestre dell'Abruzzo Aquilano, là ove avea respirato le prime aure, dopo che per cinque anni la ferrea tessitura del suo organismo avea resistito alla insidia d'indomabile malattia cerebrale.

Malgrado la remota dimora e la lunga agonia, il ricordo di tant'uomo si è fatto sentire solenne, quando se n'ebbe a lagrimare la perdita. E questo ricordo sarà imperituro, tant'era la profondità delle sue conoscenze; tanta la simpatia che ispirava in coloro che lo avvicinavano; tanto fieramente integerrimo il suo carattere.

Durante gli anni in cui ferveva il suo elevato ingegno, seminò di scritti, tutti interessanti, le pagine del Morgagni, alla prosperità del quale periodico tanto cooperò; ed in tutti i suoi lavori, che hanno costantemente l'impronta della originalità, traspare il rigore degli studii con con cui pervenne a compirli.

La monografia sulla leucemia, sui linfo-adenomi dell'istmo, sul Kerion Celsi, il Rinoscleroma, sulla sifilide pigmentaria, tra le tante pubblicate, provano che in questo Titano le conoscenze elevate di sana patologia si congiungevano mirabilmente ad una autorevole esperienza clinica; cosicchè il Tanturri era ad un tempo uno scienziato valoroso ed un pratico espertissimo.

Nel 1868, a soli 33 anni, egli pel primo ascese la cattedra, novella per l'Università di Napoli, di clinica dermosifilopatica.

La prima prolusione « *Intorno allo sviluppo ed ai principii della Dermatologia* » rivela chi fosse il Professore Tanturri; quel ch'egli s'imprometteva, forte del suo buon volere e di studii robusti. Sino al 1880 egli rimase fedele al suo programma, ascoltato con entusiasmo ed amatissimo dai suoi discepoli.

Atroce spasimo dovette provare l'animo suo il giorno in cui presentì il malore che subdolamente cospirava a staccarlo dalla Cattedra, quella che giustamente compendiava il suo più santo orgoglio!

Nel 1880, di fatti, terminò la sua vita scientifica, come oggi si è disfatta la materia che frenava la sua grand'anima!

Ma il suo nome è ligato a così cari ricordi ed a tanto lustro, che coloro i quali hanno in pregio la scienza e le virtù, s'inchineranno dinnanzi alla tomba di Vincenzo Tanturri, ove malauguratamente, con le sue ossa vennero ingoiati germi fecondi di lavori scientifici, che certamente avrebbero aggiunto novelli allori al serto di gloria che la storia gli decreta!

F. Massei

Luigi Elsberg

Quando Carlo Labus preparò a Milano, nel settembre del 1880, quella gran festa scientifica che fu il *Congresso Internazionale di Laringologia*, noi avemmo l'agio di stringere la mano a molti uomini preclari, che ci erano noti dalle loro opere. E, come sempre accade, nelle qualità personali dell'uomo riconoscemmo la nota

saliente dello scienziato. Genio e slancio nell'uno, ponderazione e riflessione nell'altro; acume in questo; dottrina profonda in quello. Anzi, talora, le garbate maniere e la modestia ci portarono per alcuni sino all'entusiasmo.

Primo a guadagnarsi l'affetto e la simpatia universale (chè la stima, da tempo, si sentiva da tutti profonda) fu Luigi Elsberg del quale oggi lamentiamo l'amara perdita.

Ci sembrava forte, e portava entro di sè la larva di cronico malore; lo credevamo nella pienezza del suo esercizio .... ed una pulmonite in pochi giorni lo trasse al sepolcro.

Spargiamo fiori e lagrime sulla sua tomba! Onoriamo la memoria del grande laringologo.

In giovane età, egli fu il padre della laringologia in America; con l'esercizio e le opere lo affermò, ed è merito che gli spetta. Scrittore fecondo e piacevole, egli avea sempre concetti chiari e precisi, ed il pregio grandissimo di trovare, in ogni argomento che trattasse, quella che si dice la nota giusta. Conciso ed efficace sempre, dotto e veridico. I diagrammi, dei quali sovente si serviva per la dimostrazione, erano semplici ed eloquenti, come l'anima sua. Aveano il segreto di compendiare la semiotica di un organo o di un gruppo di malattie; tale quello relativo alla topografia dell'esofago, quando parla dell'esame di questo canale; tale quello per le paralisi laringee, in cui si legge la sua lunga esperienza.

Sicuro nella diagnosi; sicuro nella terapia. Sicuro di quelle nozioni che si apprendono in quel gran libro che è la clinica.

I suoi lavori son così noti e tanto diffusi, che farei opera superflua a ricordarli. Il suo nome è un elogio.

Ma quale fosse Luigi Elsberg come uomo, lo rivela il compianto universale e lo schianto del cuore che tutti provammo all'annunzio della sua morte. Lo sa la sua famigliuola, alla intimità della quale egli ci ammise, mutando in annosa l'amicizia dei pochi giorni; lo sanno i suoi clienti, che in lui trovavano affetto e salute.

E quando l'Oceano ci separò, col cuore gli fummo sempre vicini, ed anche oggi pieghiamo le ginocchia sul marmo che lo chiude.

* * *

Luigi Elsberg era nato ad Iserlohn, nella Westfalia — ma da giovanetto si recò in America. Studiò in Filadelfia, esercitò a Nuova York.

Morì il 19 febbraio di quest'anno, a 48 anni, quando ancora molto la scienza attendeva da lui, quando ancora gli amici sognavano bearsi in quel sorriso che gli era tanto familiare!

F. Massei

INDICE

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

INDICE ALFABETICO DEGLI AUTORI

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO V. — 1885-86

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato dal Consiglio Superiore di P. I.

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto
Prof. incaricato per l'insegnamento di Laringologia nella R. Univ. di Napoli

REDATTORE

Dott. PIETRO MASUCCI

Libero docente con effetti legali in Laringojatria
Aiuto alla Cattedra di Laringologia

COLLABORATORI

J. Baratoux (Parigi) — **C. Boucher** (Napoli) — **F. Cardone** (Napoli) — **A. Caselli** (Genova) — **D. Cervesato** (Padova) — **G. Cicconardi** (Napoli) — **G. Clemente** (Catania) — **V. Cozzolino** (Napoli) — **R. de la Sota y Lastra** (Siviglia) — **A. Fasano** (Napoli) — **E. Fazio** (Napoli) — **V. Grazzi** (Firenze) — **C. Labus** (Milano) — **F. Margary** (Torino) — **O. Masini** (Genova) — **V. Meyer** (Napoli) — **V. Morra** (Napoli) — **E. J. Moure** (Bordeaux) — **F. G. Novaro** (Torino) — **G. Ruggi** (Bologna) — **F. Trombetta** (Messina) — **W. Zawerthal** (Roma).

ANNO V. — 1885-86

NAPOLI

TIPOGRAFIA L'UNIONE DI GAETANO MICILLO
nell'ex Convento di S. Antonio a Tarsia

1886

IL NOSTRO GENETLIACO

Con questo numero il nostro giornale entra nel *quinto anno* di vita. Siamo noi di famiglia che ne solennizziamo il genetliaco, con la modesta gioia di vedere prosperare una esistenza, alla quale votammo tutte le nostre forze. Sembrava che in Italia i cultori di Laringologia fossero pochi, ed invece ne invenimmo parecchi; sembrava che il campo troppo angusto non potesse fornire materiale sufficiente, ed invece i confini erano così vasti, che durammo piuttosto fatiga a circoscriverli.

Gli *Archivii di Laringologia* ebbero ammiratori e critici: ringraziamo i primi per l'incoraggiamento che ci largirono; assicuriamo gli altri che dei loro appunti sapremo trarre profitto. La lode, sovente inorgoglisce e nuoce; ma altra volta è stimolo a continuare nella via del lavoro, aspra, lunga, difficile, ma l'unica che guida ad una meta onorata e gloriosa. Noi non saremo giudici dell'opera nostra, chè facilmente ci creeremmo pericolose illusioni; ma non possiamo tacere che malgrado le sinistre previsioni di taluni, questo periodico conservò integro e spiccato il carattere della nazionalità. Era santo orgoglio quello di mostrare che nel nostro paese la Laringologia veniva coltivata secondo le aspirazioni della scienza moderna. Ebbene, tranne pochi articoli di egregi collaboratori esteri, quattro volumi del Giornale rappresentano il frutto del lavoro di medici italiani. Assai più facile ci sarebbe stato il compito, se mirando alla speculazione ed al lucro, più che a questo nobile principio di verace amore di patria, noi fidando sulla benevolenza di illustri specialisti esteri, avessimo reclutato i loro nomi, e dei loro lavori più o meno infelicemente tradotti, riempito le colonne del nostro giornale. Buona o cattiva, preferivamo merce nazionale; e questa, picchiando ora ad una porta, ora ad un'altra, noi ottenemmo con grande soddisfazione di coloro stessi, che appena guardavano all'Italia come ad un punto geografico. Ma, la merce nazionale (la esperienza lo insegna) non si vende che a stento: talora essa è perfetta, economica, perfino migliore nella forma, eppure la si mette

da banda. Onde noi, malgrado l'incoraggiamento ed il premio del Consiglio Superiore che ci venne largito ancora quest'anno, segniamo tuttavia un *deficit* nel nostro bilancio. Non è di questo però che muoviamo lamenti: ci piace soltanto rammentare ai nostri devoti lettori (ai quali mandiamo un saluto affettuoso ed un ringraziamento sincero) che per compire l'opera meritoria di promuovere lo studio di una branca così importante, essi hanno un'altra missione , quella cioè di diffondere il giornale. Solo così si potrà demolire un pregiudizio, che tanto ci nuoce, quello che gli Archivii di Laringologia non possono interessare se non gli specialisti. Gli articoli pubblicati sinora e l'indirizzo con cui vennero redatti, provano invece che il medico generico sopratutto deve tenersi a giorno di certe quistioni scientifiche, le quali costituiscono altrettanti problemi di medicina pratica, e che, senza pretensioni od aspirazioni ad una specialità, si ha l'obbligo di comprendere l'intimo nesso che in mille contingenze una malattia di gola può avere con l'intera economia. Tale fu appunto l'indirizzo che seguimmo, e che seguiremo sempre, col fermo proposito di non trascurare cosa che abbia una reale utilità pratica.

Ai nostri fedeli Collaboratori rivolgeremo infine un'altra parola. Codesto giornale appartiene loro in tutto e per tutto: non ci abbandonino nella difficile impresa, nè ci neghino i loro consigli, ma mantengano sempre viva quella emulazione che è stimolo a ben fare. Sappiano essi che se i lettori nostri sono ancor pochi, rappresentano però la parte eletta dei medici esercenti in Napoli e nel resto d'Italia. Sappiano che di anno in anno al loro numero si aggiungono parecchi confratelli esteri: onde in America ed in Europa questi Archivii sono nelle mani di uomini eminenti.

Augurio migliore non potremmo fare a noi stessi, se non che le fila dei soscrittori ingrossino e che trovino sempre all'altezza della Scienza e conforme ai loro desiderii, la nostra modesta pubblicazione.

15 Luglio 1885.

F. Massei

PARTE ORIGINALE

VEGETAZIONI ADENOIDI DEL CAVO NASO-FARINGEO

NOTA CLINICA ED ISTO-PATOLOGICA

del Dott. F. CARDONE.

SOMMARIO. — Importanza di tale alterazione morbosa — Cenno storico sullo studio di essa — Caso clinico illustrativo, studiato relativamente alla diagnosi, alla prognosi ed alla cura — Esame anatomo-patologico — Considerazioni cliniche e norme per la pratica medica.

Una malattia che interessa molto intimamente il laringoiatra e l'otoiatra, come pure il pediatra, è rappresentata dalle *vegetazioni adenoidi nel cavo naso-faringeo*; non tanto per la sua natura, benigna, quanto pei gravi disturbi che arreca alla respirazione, alla fonazione ed alla audizione, e per l'età fanciulla, nella quale generalmente si manifesta.

È merito di CZERMAK l'averla intraveduta la prima volta nel 1860. Dopo le sue, sono venute le osservazioni di TÜRK e M. SEMELEDER: in appresso quelle più accurate di LŒVVENBERG nel 1865, e recentemente nel 1873-74 quelle complete di MEYER da Copenaghen.Per certo, tali vegetazioni han dovuto esistere ab-antico con l'uomo, laonde non era una malattia nuova che nel 1860 compariva per la prima volta; ma è pur vero che per lo addietro non se ne aveva affatto conoscenza, e da CZERMAK in poi sono state vedute e studiate come entità morbosa, nella loro natura, nella genesi e nel trattamento curativo. Perciò, questo studio è recentissimo; ed in vero, esso è stato possibile solo quando l'esame diretto (il rinoscopico) ha aperto più largo campo all'osservazione e quando l'anatomia normale del sistema linfatico progrediva e scopriva nella faringe, e più nel cavo naso-faringeo, un tessuto adenoide (HIS), o citogene (KOELLIKER). Il quale è ivi riccamente rappresentato; spesso in alcuni punti di 8 millim. ed essenzialmente fatto da un reticolo di sottili fibrille e trasparenti, le cui maglie contengono grande quantità di cellule linfatiche, con follicoli linfatici raggruppati alla base della lingua, nella fossa di ROSENMÜLLER, al fornice, da costituire la cosiddetta *tonsilla linguale, tubaria e del Luschka o faringea*, messe in rapporto tra

loro da uno strato continuo di tessuto linfatico (WALDEYER). Allora, di pari passo con lo sviluppo della semiotica e col progresso dell'anatomia normale di questo tessuto, è andato lo studio della clinica e dell'anatomia patologica, tanto da avere ai nostri tempi una cognizione scientifica abbastanza esatta su questo capitolo della patologia.

In Italia, poco si è fatto e poco si sa, relativamente a questa malattia, forse perchè raramente si osserva. Un caso clinico abbastanza illustrativo è stato quello osservato, un mese fa all'incirca, nella clinica laringoiatrica dell'ospedale Gesù e Maria; il quale caso fu oggetto di una lezione dettata dal Prof. MASSEI, e da me raccolta e pubblicata nella Riforma Medica (vedi n.° 109 e 110, anno I). Considerando l'importanza del caso, ho voluto farne oggetto di brevi considerazioni cliniche, accompagnate da uno studio istologico, per dare una semplicissima e chiara idea di queste vegetazioni adenoidi, stimando più proficua l'illustrazione di un esempio clinico, che l'esposizione dottrinaria. Tanto più che se, come ho detto, nelle nostre contrade la occasione di casi consimili non è frequente, importa sapere bene la forma patologica, e chi sa che forse la statistica non avrà ad accrescersi, quando di ogni osservazione si terrà ben altrimenti calcolo.

Ecco intanto la storia morbosa:

« Si trattava di un bambino a nome Castaldi Vincenzo, d'Afra-
« gola, di anni 2, figlio di genitori sani. Era di mediocre costi-
« tuzione e mal nutrito. Colpiva, a prima giunta, perchè respirava
« a bocca aperta, producendo un rumore molesto a chi gli stava
« vicino. La madre raccontava che il suo figliuoletto da 4 mesi
« soffriva tale impedimento nella respirazione nasale, che respi-
« rava sempre a bocca aperta, e, durante il sonno, il rumore era
« molestissimo, anzi talora parea che soffocasse; che se succhiava,
« il rumore diveniva molto più intenso, ed il bambino era co-
« stretto ad abbandonare il capezzolo, per prender fiato. A quanto
« aggiungeva la madre, il bambino nato sano si era mantenuto
« tale fino all'età di 5 mesi. Da questo tempo in poi venne
« allevato da una nutrice, e d'allora non era stato più bene in
« salute, mal nutrendosi e soffrendo ripetuti catarri di petto. Non
« avea mai avuto ingorghi glandolari, nè dermatiti, nè manife-
« stazioni alla mucosa di carattere per lo meno dubbio ».

Questa brevissima istoria, e più il quadro clinico che si presentava agli occhi, facea vedere a chiare note che l'affezione principale del bambino si compendiava in una occlusione delle vie nasali; ma precisarne la natura, non era cosa facile. In vero, stando al semplice sintoma, parecchie e diverse lesioni, quali il catarro nasale, l'atresia delle coane, un'affezione sifilitica, un corpo estra-

neo ecc., si avrebbero potuto invocare nello spiegare l'impedimento della respirazione nasale. Una diagnosi differenziale fino ad un certo punto avrebbe potuto essere utile scartando qualche lesione, perchè inammissibile, ma, in fine dei conti, la quistione non si sarebbe risoluta onorevolmente, ritenendosi per lo meno l'affezione dipendente da un catarro cronico. E così sarebbe terminato lo studio di quel caso clinico, se per poco si fosse stati frettolosi nell'esame e nella diagnosi, con quanto danno della salute del piccolo infermo e della propria reputazione, si comprenderà in prosieguo. Perciò era indispensabile esaminare *de visu* la parte affetta.

L'esame diretto, infatti, quello rinoscopico anteriore, fu praticato; si vide l'orifizio di entrambe le coane occluso da un tessuto lucente. Così veniva spiegato l'impedimento della respirazione nasale; ma, a questo punto le difficoltà crescevano, dovendosi definire la natura del tessuto occludente; perchè ogni altro esame diretto, e quello rinoscopico *averso* in ispecie, era impossibile a farsi, per l'indocilità del bambino. Restava però, in simile congiuntura, un potentissimo mezzo diagnostico, che potea dar contezza di tutto e guidare ad una diagnosi più sicura, vale a dire il dito. La esplorazione digitale del cavo naso-faringeo fu, infatti, praticato in sostituzione di quello con la vista; e si ebbe la sensazione di vegetazioni multiple, sparse, di consistenza molle, facilmente sanguinanti.

Da questa semplice osservazione, si deduceva chiaramente che l'occlusione delle vie nasali del bambino era causata da tutt'altra lesione, ben diversa da quelle che communemente si osservano, o troppo leggermente si ritengono essere. Quella che si osservava nel bambino, era costituita da un tessuto neoformato, sotto forma di vegetazioni, occupante il cavo naso-faringeo. Ed in tal caso, con una semplice nozione di patologia in proposito, o ricordando un po' l'anatomia della faringe, e specialmente quella del tessuto linfatico, innanzi citato, la diagnosi di natura del tessuto neoformato, che si osservava nel bambino, era bella e fatta. Come si ha l'iperplasia od ipertrofia delle comuni tonsille, così si ha anche delle altre, in ispecie di quella del Luschka. E, nella faringe, se accade nuova formazione di tessuto adenoide in punti che ne sono sforniti, e la ipertrofia è generale, si hanno allora le *vegetazioni adenoidi*, come era appunto il caso in esame.

Fatta a tal modo la diagnosi, la prognosi era ben lieta, e la cura, in ispecie la chirurgica, efficacissima. Questa, infatti, anche perchè reclamata dalla madre che non volea vedere il suo figliuolo soffrire, si stimò urgente, ed è stata compiuta durante questo tempo dal Prof. Massei in parecchie sedute alle quali io sono stato sempre presente.

Nella prima si sono asportate piccole vegetazioni, e fin d'allora il bambino ha guadagnato nel respiro, tanto che la madre stessa, incoraggiata, si è affrettata a riportarlo una seconda volta. In questa sono state asportate vegetazioni molte più grosse, e così in altre volte, con l'intervallo di pochi giorni. La tecnica operativa è stata quella di far tenere il bambino ben stretto fra le gambe della madre, di aprirgli forzatamente la bocca, ed introdurre dietro il velo-pendulo una delle tante pinze inventate per tale operazione, a preferenza quella del Catti. In un bambino così indocile come questo, preferire l'unghia, come recentemente taluno vorrebbe, era impossibile. A tal modo le vegetazioni venivano sollecitamente asportate, ed in parte compresse, schiacciate, favorendone l'avvizzimento. In seguito, dopo ogni seduta, venivano praticate delle lavande con il polverizzatore Lefferts, di resorcina od acido fenico, nella proporzione di 1 su 100 d'acqua; e pennellazioni per le vie nasali, di glicerina e percloruro di ferro nella proporzione di 10 ad 1. I caustici locali (nitrato d'argento, acido cromico ecc.), e più la galvano caustica, non si son potuti usare, perchè il bambino non si prestava a tali manovre operative.

Attualmente il piccolo Castaldi è già guarito: respira bene, a bocca chiusa, non produce più rumore, dorme e succhia placidamente, ed è più svelto in viso.

Tutte le vegetazioni adenoidi asportate sono state mano, mano conservate in alcool, e da me studiate nel Gabinetto d'Istologia patologica dell'Ospedale degli Incurabili, sotto la direzione del ch. Prof. Armanni. Riassumo in breve quanto ho osservato:

Esame macroscopico. — Esse sono in numero di venti e più, di varia grandezza, alcune piccolissime quanto un acino di grano, altre grandi quanto una gelsa; di colorito roseo, di consistenza molle, in qualche punto più duro-elastica. Quelle più grosse presentano proprio l'aspetto di pezzi di amigdala, da ingannare a prima giunta sulla loro provvenienza. Sono alcune peduncolate, altre sessili, altre a base larga. Non hanno vere lobulazioni, ma tante solcature come le cripte delle tonsille (v. Fig. I).



Fig. 1. — Vegetazioni adenoidi a grandezza naturale.

Esame microscopico.—I pezzi sono stati prima induriti nell'alcool assoluto per 10 giorni. Colorati col picrocarminio, essi hanno

mostrato una struttura quasi uniforme ed analoga a quelle delle tonsille. Ogni vegetazione, presa isolatamente, si presenta più o meno conica, rivestita di epitelio cilindrico a cigli vibratili, continuazione di quello che tappezza la mucosa del cavo naso-faringeo; epitelio il quale s'approfonda nelle cripte, e passa a rivestire l'altra vegetazione. Fra ognuna di esse si nota una struttura fibrillare, la quale si presenta con un asse centrale e diramazioni verso la periferia. Fra queste fibrille, sottili e trasparenti, che sono l'impalcatura della vegetazione, e proprio fra le maglie del reticolo ch' esse formano, è contenuta, come una vera infiltrazione, una infinita quantità di corpuscoli linfatici. Questi sono meno numerosi nella parte centrale, e più addensati verso la periferica, dove si raggruppano in modo da formare i follicoli, dei quali alcuni si presentano più chiari, altri più oscuri, a secondo la quantità dei corpuscoli. Tali vegetazioni sono ricche di vasi sanguigni, i quali decorrono nella rete fibrillare, di separazione tra l'un follicolo e l' altro. (v. Fig. 2).

Esposto quanto ho detto, relativamente alla storia, alla diagnosi, prognosi e cura del caso clinico osservato, ed allo esame anatomo-patologico dell'alterazione, mi sia lecito ora fare in breve poche considerazioni cliniche, alcune delle quali possono servire di norma all'occorrenza.

1. Il caso riferito mi è parso degno di nota per due ragioni. La prima, perchè se le vegetazioni adenoidi rappresentano una malattia comune, anzi propria della fanciullezza e dall'adolescenza, sono invece rare nell'età bambina. La seconda si è che tale malattia, mentre è comune nei paesi del Nord (Svezia, Norvegia, Danimarca), è meno frequente nei paesi centrali, e raramente poi si osserva nell' Italia ed in ispecie nelle province meridionali. Confermo questo con l' autorità del Prof. Massei, il quale nella sua lunga pratica di ben 15 anni, appena ne ha osservati 5 casi. E perciò a noi importa più lo studio di questa affezione, per non battezzarla con nomi improprii.

2. La sintomatologia di tale alterazione non mena affatto ad una diagnosi sicura. Vero è che nel bambino osservato, atteso la sua tenera età, non si avea l'impronta caratteristica dello stordito od anche dell'ebete, nè si potevano studiare i disturbi dell' audizione e della pronunzia, sintomi tutti che si avverano in quelli che sono affetti dalle vegetazioni adenoidi, e da molto tempo. Ma, anche che tutti i sintomi possibili si fossero avuti, essi non sarebbero stati mai sufficienti a menare ad una diagnosi propria; perchè parecchie altre alterazioni della stessa parte, di natura ben diversa, danno i medesimi fenomeni.

3. L'esame diretto, cioè quello rinoscopico anteriore ed averso

in prima linea e quello digitale, quando l'altro non è possibile praticare, è l'unico mezzo diagnostico sicuro.

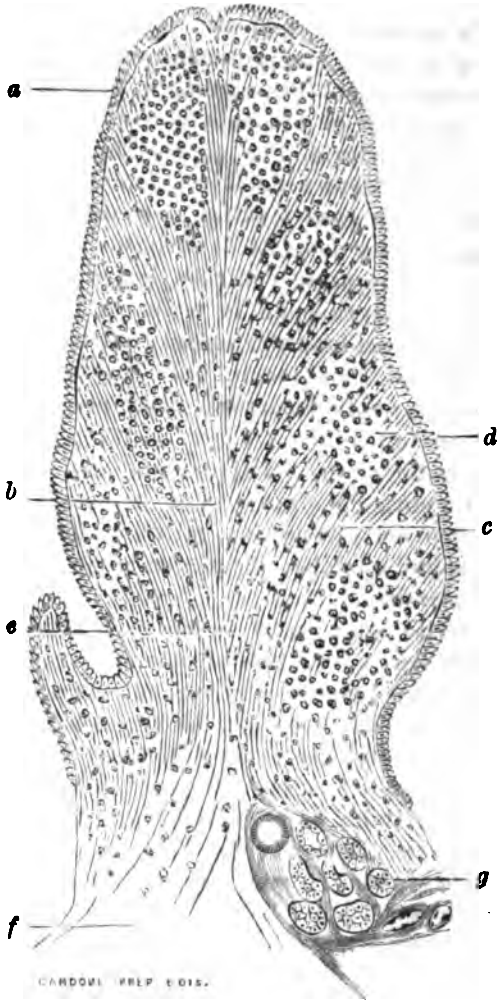


Fig. 2. — Taglio verticale di una vegetazione adenoide del cavo naso-faringeo.

a — Epitelio cilindrico a cigli vibratili.
b — Sostanza fibrillare del reticolo a maglie.
c — Corpuscoli linfatici.
d — Follicolo.
e — Cripta.
f — Base d'impianto della vegetazione.
g — Glandola mucipara col suo dotto escretore tagliato trasversalmente.

4. Conosciuta l' alterazione, dopo l' esame fisico, nella sua cosidetta diagnosi anatomica, non se ne può definire la natura, non si può fare cioè la diagnosi etiologica, se non si ha conoscenza della Patologia a tal riguardo. Neanche l'esame istologico potrebbe illuminare, perchè farebbe forse credere un'alterazione grave, una vera neoplasia, un adenoma quella che è un'alterazione tanto benigna e suscettibile di spontanea guarigione. Il Prof. Massei mi ha detto che questa diagnosi venne fatta in un classico caso a lui venuto e perfettamente guarito.

5. Fatta bene la diagnosi, la prognosi è lieta, avuto riguardo alla natura benigna dell' affezione, alla proprietà di atrofizzarsi spontaneamente ed ai numerosi ed efficaci mezzi che la Terapia possiede per distruggerla in breve tempo.

6. Sebbene le vegetazioni adenoidi possano spontaneamente guarire, atrofizzandosi, pure è sempre umano, ed alle volte urgente, operare; ciò per non vedere aggravare i disturbi che esse arrecano alla respirazione, all'audizione, alla pronunzia, al carattere morale dell'individuo.

7. L'esame istologico nel caso osservato ha confermato l' origine e la natura di tali vegetazioni, dipendenti cioè da un'alterazione, da uno sviluppo abnorme (iperplasia ed anche neoplasia) di un tessuto che normalmente esiste. In questo caso erano da ritenersi come affetti non solo i follicoli isolati, ma la stessa tonsilla faringea, alla quale è da riferirsi la grossa parte asportata.

8. Ultima considerazione, ed ho finito', è quella relativa all'etiologia. Il piccolo infermo in questione, sebbene non nato sotto il barbaro clima del Nord, ha presentato le vegetazioni adenoidi, e lo sviluppo è dovuto alla sua costituzione debole, la quale è andata deperendo, dacchè non è stato più nutrito dalla madre. Pare adunque che le vegetazioni adenoidi siano da mettersi in rapporto con le costituzioni deboli, linfatiche, scrofolose, nelle quali tanto comuni sono le manifestazioni patologiche del sistema linfatico, in ispecie delle glandole. Per questo, si osservano più frequentemente negli individui così costituiti, nell' età fanciulla ed adolescente, quando cioè la linfa predomina. Onde io opino che la frequenza di tale alterazione nei paesi nordici debba attribuirsi più alla razza che al clima, sebbene questo abbia grande influenza. Infine, allo stesso modo deve intendersi la cosiddetta eredità di questa malattia.

Casistica dell'Ospedale Civico di Torre Annunziata.

ENORME FIBROMA DELLA BASE DEL CRANIO

pel D.r G. BOUCHER

Dirigente la Sezione Rino-Laringojatrica di detto Ospedale.

Sebbene sin dai tempi di MANNE (Avignone 1717) ed anche prima di lui si sia vagamente parlato da scrittori di diverse nazioni dei polipi fibrosi del naso, senza precisarne la sede, bisogna arrivare ad una epoca molto vicina a noi, e propriamente quando le malattie del naso divennero oggetto di studii speciali, per trovare descrizioni più o meno esatte di questi polipi. Tocca però a MORELL MACKENZIE (1) il merito di aver riunito quanto vi era sparso ed incompleto nella letteratura di questa malattia in uno stupendo e ricco capitolo, che è stato poi maggiormente arricchito dal MASSEI specialmente nella parte sintomatologica, nel capitolo « Fosse nasali » dell'Enciclopedia medica italiana.

Queste neoplasie, tra tutte quelle che sogliono svilupparsi nel cavo naso-faringeo, fatta eccezione degli epiteliomi, dei carcinomi, delle esostosi e degli osteomi ed anche dei sarcomi, sono forse le più rare, acquistano talora un volume considerevole e sono di forma diffusa, ovvero ovale; tal'è il caso riportato dallo STOERCK (2) e da lui stesso operato; però oltre di questo io non so che ve ne siano altri nella letteratura rinoiatrica e perciò anche da questo solo punto di vista l'osservazione da me raccolta ha una discreta importanza clinica, trattandosi d'un fibroma per forma e dimensione simile ad un uovo di gallina, riprodotto nella figura 1.ª, la quale è in verità un poco più piccola del vero per essere stata fatta quando il tumore stava già da parecchi giorni nell'alcool. È vero però che talvolta questi tumori per la loro tendenza a diffondersi, esercitando una continua e crescente pressione sui tessuti circostanti, arrivano financo ad assottigliare e distruggere completamente le ossa, facendosi in tal modo strada nell'orbita, nel seno mascellare, ed anche nella

(1) A Manual of diseases of the Throat and Nose. London, 1884.

(2) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase und des Rachens. Stuttgart, 1880, pag. 105.

cavità cranica com'è stupendamente descritto dallo stesso Mackenzie e dal Massei.

Però tale lavorio richiede molti anni di tempo, avendo questi tumori un corso lentissimo; mentre nel caso in disamina il fibro-



Fig. 1.

ma prima di due anni fa o non esisteva affatto, mancando prima di quell'epoca qualsiasi disturbo funzionale che ne accennasse la presenza, ovvero bisogna ritenere che esistesse allo stato rudimentario in omaggio alla teorica del Mackenzie intorno all'etiologia e patogenesi di questi tumori. I quali, secondo lui, sarebbero dovuti probabilmente ad una irregolare evoluzione, durante il periodo nascente di un tessuto, che in condizioni normali è eccezionalmente abbondante alla superficie inferiore della base del cranio, periodo che coincide con quello in cui tali tumori sogliono svilupparsi, cioè dai quindici ai venticinque anni. Però mentre d'ordinario i fibromi non si osservano quasi mai in questa sede oltre i 30 anni, ed in coloro che ne erano già affetti si nota dopo questa età una progressiva diminuzione dei sintomi da esso dipendenti, attribuibile ad una fase regressiva del tumore, il quale continuando in questa via finisce collo scomparire: qui invece, malgrado che l'infermo contasse già 30 anni, il polipo non accennava menomamente a regredire, che anzi i fenomeni funzionali del suo progressivo sviluppo andarono sempre crescendo fino al giorno dell'operazione. È questa un'altra circostanza degna di nota dal lato clinico, giacchè essa inferma in certo modo ciò che finora era stato ritenuto nella scienza quasi come un dogma, cioè che i fibromi del cavo naso-faringeo oltre il venticinquesimo anno di età *non tendono ad aumentare, ma piuttosto mostrano una disposizione ad essere assorbiti* (Ma-

CKENZIE), ovvero possono subire la degenerazione grassa parziale con consecutiva ritenzione di calcoli e formazione di cisti (MASSEI).

Oltre al suo considerevole e non comune volume, questo neoplasma presenta altra particolarità degna di speciale attenzione dal punto di vista anatomo-patologico, cioè che le fibre del connettivo, le quali costituiscono il tessuto fondamentale e quasi esclusivo di questi tumori, sono in molti punti, specialmente verso la periferia, infiltrate considerevolmente di cellule rotonde da far credere ad una progressiva trasformazione sarcomatosa del tumore. Tale fase non assolutamente nuova nei fibromi è stata già accennata dal DURANTE (1) nei tumori fibrosi in generale.

Ho creduto far precedere la storia clinica di codesto infermo da brevi considerazioni, per mettere in evidenza l'importanza del caso, tanto dal lato clinico che da quello anatomo-patologico e da questo secondo punto di vista richiamare l'attenzione degli specialisti e dei chirurgi in generale sulla possibile trasformazione sarcomatosa dei fibromi del cavo naso-faringeo, notata ora per la prima volta, e quindi far risultare da ciò la necessità di estirpare sollecitamente e radicalmente anche i semplici polipi fibrosi in previsione di tale possibile trasformazione, la quale, una volta invasi i tessuti vicini, rende inutile ogni intervento chirurgico.

Ed ora ecco senz'altro la storia della malattia, per la cui descrizione, anche a costo di essere pedante, intendo di seguire passo, passo lo svolgimento progressivo del neoplasma con i fenomeni che l'accompagnano, a misura che insorgono.

Alfonso Sorrentino, di Boscoreale (Prov. di Napoli), di anni 30, di sviluppo scheletrico regolare, di costituzione linfatica, scarsissimamente nutrito, con volto pallido ed anemico, è ammogliato, con figli ed esercita il mestiere di agricoltore.

Egli mi raccontò che non prima di due anni fa si accorse per la prima volta che la narice destra era interpellatamente ostruita e da essa protrudeva un prolungamento carnoso, dapprima piccolissimo. Tale ostruzione andò d'allora lentamente aumentando e col crescere di essa si manifestò dalla stessa narice una secrezione mucosa, che seguì i progressi degii altri sintomi fino al punto di divenire abbondante. Dopo un bel pezzo dalla comparsa di questi primi fenomeni, l'infermo cominciò a provare la sensazione di un corpo estraneo nelle fosse nasali posteriori, la

(1) Indirizzo alla diagnosi chirurgica dei tumori. Roma, 1879.

quale progredendo anch'essa man mano, rese difficile dapprima, e poscia impossibile la respirazione anche per l'altra narice. Fu verso quell'epoca che l'infermo andò per la prima volta soggetto ad epistassi, che spesso si ripetevano senz'alcuna causa, ma poco abbondanti e per breve durata; due volte però essa fu copiosa, tanto da ridurre l'infermo in uno stato anemico, così evidente, quando l'osservai la prima volta.

Intanto il corpo estraneo, che l'infermo sentiva nelle coane, diveniva sempre più voluminoso, per lo che la sua voce era completamente nasale, ed i suoni articolati quasi del tutto incomprensibili, mentre la respirazione, russante durante il sonno, diveniva affannosa col lavoro. La deglutizione fu sempre buona.

Oltre i fenomeni or ora esposti cronologicamente, che durai abbastanza fatica per raccogliere dalla bocca dell'infermo con quell'ordine con cui essi si manifestarono, ne avvenne un ultimo, abbastanza curioso e poco frequente, osservato e descritto la prima volta dal WHATELY (1) e riportato dal MORELL MACKENZIE: parlo della tendenza di questi infermi ad assopirsi in qualunque ora del giorno e con qualunque attitudine e posizione del corpo. Or bene, il mio infermo, in un periodo avvanzato della sua malattia, soffriva spesso questo inconveniente, sia in pieno giorno mentre vangava il terreno, sia la sera quando circondato dalla sua famigliuola pranzava, nè valeva a distrarlo da tale sopore qualsiasi rumore fatto a breve distanza da lui.

Tale fenomeno, strano per se stesso, non può essere suscitato da compressione del tumore sulla rete venosa del cavo naso-faringeo e quindi direttamente o per via collaterale da ristagno al cervello del sangue della circolazione di ritorno, per la semplice e potente ragione che la rete venosa di questa cavità, per quanto ampia e voluminosa, non è via di scarico del sangue reduce dal cervello. Scartata questa prima ipotesi, per spiegare il sopore non ne resta che un'altra accettabile, cioè la incompleta ematosi, la quale se nei casi di grossi polipi endolaringei con laringostenosi è capace per narcosi carbonica di produrre codesto fenomeno, che scomparisce colla rimozione del neoplasma, perchè nel caso attuale non potrebbe esserne parimenti la causa? Non si creda che le fosse nasali siano una via assolutamente secondaria e di lusso per la respirazione, giacchè spesso praticamente osserviamo quante sofferenze generi in un infermo un ostacolo qualsiasi, che renda impossibile in modo permanente la

(1) Cases of two extraordinary Polypes removed from the nose. London, 1805.

respirazione nasale ; basta citare la corizza acuta, la malattia la più innocua di quelle vie, per ricordare quali notti angosciose si passono durante il suo periodo di crudità. Ora se si consideri che, nel soggetto in discussione, in seguito alle frequenti epistassi il suo sangue era divenuto insufficiente per quantità (anemia) alla nutrizione dell'organismo, e che malgrado ciò egli era obbligato con un'alimentazione scarsa e niente riparatrice a continuare il mestiere di agricoltore in cui per gli sforzi muscolari a cui l'individuo va soggetto la respirazione diviene ansante ed un grosso volume di aria si richiede in ogni atto respiratorio per la completa ematosi, si comprenderà di leggieri quanto sia più facile ad avverarsi in un individuo, in simili condizioni, la narcosi carbonica.

Passando all'osservazione diretta, constatai con la semplice esplorazione, nella narice destra una digitazione carnosa di colore rosa pallida, la quale non oltrepassava l'orifizio esterno, non molto grossa, libera da aderenze all'intorno e proveniente dall'interno, dalla stessa narice veniva fuori, a brevi intervalli, abbondante quantità di muco-pus alquanto fetido. Dalla via della bocca si vedeva il palato molle col velo pendolo spinti considerevolmente innanzi, e sollevando appena col dito o con uno specillo il margine inferiore di quest'ultimo, osservavasi un tumore di colore quasi livido che riempiva interamente la cavità : spingendo allora l'indice per questa via nel cavo naso-faringeo e girando intorno al tumore, assodai la sua forma ovale, con superficie levigata, la mancanza assoluta di aderenze, la consistenza elastica e la sua origine dal fornice di cotesta cavità mercè un peduncolo abbastanza grosso.

La voce era completamente nasale ed i suoni articolati appena comprensibili.

Dopo tale osservazione minuta, che potei fare agevolmente e ripetere più volte, e con le notizie anamnestiche di cui già ero in possesso, non poteva riuscirmi difficile la diagnosi di fibroma, quella che si presentava dapprima alla mente dopo l'esplorazione diretta del neoplasma per le sue dimensioni, la forma, la consistenza, il colore, la superficie liscia, il corso e l'età dell'infermo.

Assodata così la diagnosi, tenendo presente la situazione del tumore, la mancanza di qualsiasi aderenza, ed il punto d'inserzione del picciuolo, non poteva nascere dubbio sul modo di asportarlo : voglio dire con l'ansa galvano-caustica. La quale aveva sugli altri mezzi chirurgici i vantaggi della pronta riuscita con pochissime sofferenze da parte dell'infermo ed una emostasi completa quasi sicura, sia durante l'operazione, che consecutivamen-

te, salvo il caso che il passaggio di cotest'ansa intorno al peduncolo avesse presentato grandi ed insormontabili difficoltà, cosa di cui mi assicurai prima di decidermi definitivamente alla scelta di cotesto mezzo operativo.

Stabilite così le cose, il giorno 20 Aprile, assistito dagli egregi colleghi Dottori P. Cirillo, Castaldi, Gallo e G. Sirignano e piazzato l'infermo su di una sedia di rincontro alla luce, introdussi la sonda di Belloc dalla narice destra, costeggiando il prolungamento nasale del tumore, e spinto poscia lo stiletto, ne comparve la molla nella cavità orale tra il tumore ed il velo; allora introdussi ed assicurai nel forame del bottone di detto istrumento gli estremi di un'ansa di platino e mentre con la mano sinistra ritiravo lentamente la sonda dalla narice destra, coll' indice e medio della destra spingevo dietro il tumore il centro dell'ansa stessa.

Questo primo tempo dell' operazione riuscì sollecitamente e senza il menomo inconveniente.

Assicurato allora che l'ansa abbracciava interamente il polipo, ritirai del tutto la sonda, tolsi gli estremi del filo dal bottone e tesi bene questi ultimi; poscia fattili passare pel portafilo, spinsi questo il più che mi fu possibile in alto nella narice per non avere dispersione di corrente, ed infine montato il portafilo sul manico e messolo in comunicazione coll' apparecchio galvanocaustico, chiusi il circuito dopo aver assicurato dalla bocca l'estremo inferiore del polipo mercè una pinzetta.

Quest'ultimo tempo della operazione, cioè quello impiegato dall'ansa incandescente a recidere il picciuolo, fu abbastanza lungo (circa 35 minuti), tanto da farmi sospettare, che la corrente non passasse o per lo meno fosse molto debole da non arroventare l'estremo dell'ansa, dubbio che veniva accreditato dalla pochezza del dolore da parte dell' infermo; e perciò non mancai prima di attivare la carica della pila e poi di assicurarmi del passaggio della corrente e nello stesso tempo della sua intensità. Però poco dopo ebbi a convincermi che tale lentezza dipendeva unicamente dall' abbondanza della secrezione muco-purulenta, mista al poco sangue che gemeva dal punto reciso. Tali liquidi tenendo continuamente immersa l'ansa di platino, ne impedivano la completa incandescenza.

Simile contrattempo se valse a crearmi da principio un certo imbarazzo ed un po' di noia per il ritardo che ne derivò alla recisione del peduncolo, mi assicurò in cambio una completa emostasi, di cui in verità non avrei potuto essere così sicuro consecutivamente, se la recisione si fosse fatta in pochi minuti.

Completata la operazione lavai ripetutamente il cavo naso-fa-

ringeo con acqua fenicata e lo cospersi di polvere di jodoformio, inculcando all'infermo le medesime lavande, finchè non l'avessi riveduto.

Il benefizio dell'operazione fu direi quasi istantaneo, giacchè egli ricuperò subito la respirazione per la narice sinistra, mentre la destra, in cui erasi stabilito un intenso catarro sintomatico con considerevole turgore della mucosa, restò in parte ostruita per parecchi giorni dopo.

La reazione consecutiva all'operazione fu quasi nulla, per lo che dopo pochi giorni potei esplorare tanto direttamente per la via della narice mercè lo speculum, che per mezzo del dito, dalle coane, il punto d'inserzione del polipo ed assicurarmi dell'estensione del moncherino rimasto in sito, che distrussi in 4 o 5 sedute per mezzo dell'acido cromico per la via della narice. Questo caustico senz'arrecare molto dolore all'infermo distrugge profondamente i tessuti, cosa che appunto desideravo, per essere al sicuro della riproduzione, facile a verificarsi nei fibromi che hanno origine dal periostio, qual'è appunto il caso in quistione.

Come postumo intanto rimase una paresi miogenica del velo pendolo, che tranne la voce nasale non dava altro disturbo. L'applicazione diretta della corrente faradica bastò, in poche sedute, a far scomparire quasi del tutto quest'ultima reliquia della malattia pregressa.

Dal fin quì detto si desume, per ciò che riguarda la cura dei neoplasmi del cavo naso-faringeo, che molte volte, ed in specie quando il tumore ha un punto di origine abbastanza limitato comunque situato, la estirpazione può farsi per le vie naturali senza ricorrere a quelle tali operazioni preliminari ideate appunto per aprirsi una larga breccia onde arrivare direttamente al punto d'impianto del tumore, le quali, se un tempo, comunque dolorosissime e seguite per lo più da grave deturpamento, erano sempre giustificate, anzi il solo mezzo che la scienza possedesse per la demolizione completa dei polipi impiantati in quella regione, ora grazie ai grandi progressi fatti in questi ultimi anni dalla Rinoscopia non sono sempre di assoluta necessità, soprattutto per lo specialista, che abituato ad esplorare e manovrare in questa cavità per le vie naturali con i tanti istrumenti immaginati, non gli può riuscire malagevole e di grandi difficoltà l'estirpazione di un neoplasma per quelle stesse vie, come lo è pel chirurgo generico, il quale manca di quella tecnica speciale.

Che se trattasi di neoplasma a larga base d'impianto o che usurando le ossa si sia fatta strada nelle vicine cavità, sia qualunque la sua natura, io non so comprendere in verità quale vantaggio duraturo potrà ricavare l'infermo che ne è affetto, da una

grave e dolorosa operazione intrapresa senza conoscere con precisione la origine ed estensione del neoplasma per potere anticipatamente essere sicuro della completa estirpazione.

Cedo ora la parola al carissimo amico Castaldi, distinto oculista per quanto paziente e diligente cultore di studii microscopici, il quale pregato da me si è occupato dell'analisi microscopica del neoplasma, parte importantissima di codesto lavoro, che egli ha disimpegnato con molto zelo e competenza.

Il tumore presentasi di forma ovoidale, grosso quanto un uovo di gallina di media grandezza, avendo la estremità libera più grande di quella continuantesi nel picciuolo. In sezione fatta secondo il suo maggiore asse, cioè dal picciuolo alla estremità libera, si ha una lunghezza di cm. cinque e mezzo, con un diametro trasverso di tre e più: queste dimensioni sono quelle ricavate dal tumore già indurito nell'alcool, epperò esse dovevano essere di gran lunga maggiori nel tumore fresco. La superficie del taglio nel senso della sua lunghezza mostrasi come composta di due sostanze differenti, cioè di una corticale bianca compatta percorsa da rari canali vascolari, e di una centrale di aspetto areolare, anzi cavernoso. Sicchè nonostante la sua durezza si lascia comprimere abbastanza facilmente nella sua parte centrale. Questa apparisce di colore più oscuro, tendente quasi al marrone.

La struttura istologica è stata studiata sopra sezioni fatte nel senso dell'asse maggiore del tumore, ed in sezioni normali a questo.

Queste sezioni colorate al picrocarminato ammoniacale sono state sottoposte al microscopio, sia soltanto in acqua o glicerina, per non alterarne la compage connettiva, sia coll'aggiunta di acido acetico onde se ne potessero meglio studiare gli elementi cellulari.

Le sezioni fatte in vicinanza del picciuolo, e nel senso dell'asse più lungo del tumore, viste dopo la semplice azione dell'acqua ed anche dopo l'azione della glicerina assoluta, mostransi sotto il campo del microscopio composte da magnifici fasci ondulati di connettivo, decorrenti per la massima parte in direzione parallela al detto maggiore asse del tumore. In mezzo a questi fasci finissimi non si notano fibre elastiche, ma molti sono i vasi, e di molteplici dimensioni. Notansi anche in vicinanza del picciuolo alcune fibrille nervee. I vasi sono arteriosi e venosi, e sono rivestiti da endotelio, che nei ramuscoli finissimi interfasciculari sembra poggiare sopra semplici fibrille connettivali provvenienti dal tumore, e non da continuazione della intima o della esterna del sistema vasale. Notasi anche una grossa arteria fornita di spessa membrana media ricchissima in fibro-

cellule, che diventano molto evidenti dopo l'azione dell'acido acetico. In mezzo ai fasci quasi paralleli delle fibre connettive vedonsi grossi nuclei di cellule endoteliali, disposte anche queste parallelamente alla direzione principale dei fasci fibrosi.

Nelle sezioni fatte vicino alla estremità libera del tumore, trattate egualmente colla semplice acqua o colla glicerina, si riscon-

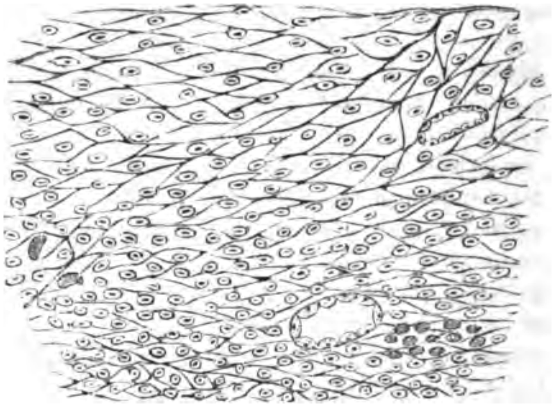


Fig. 2.

tra quasi identica struttura fibrosa, differendo solo per una maggiore delicatezza di dette fibrille, e per la interposizione di maggior numero di cellule endoteliali e indifferenti, la cui importanza si rileva meglio dopo l' aggiunta di acido acetico, che mette in evidenza i nuclei ed i processi protoplasmatici.

Osservate le stesse sezioni dopo l' azione della glicerina acetica, lo aspetto cangia, venendo quasi a scomparire lo aspetto fibroso, per dar luogo ad un fondo quasi omogeneo, percorso da una serie di strie-canali di aspetto più o meno stellato. In queste strie-canali sono allogate bellissime cellule connettive fornite di grosso nucleo e molteplici processi.

Non è raro vedere più nuclei in una di queste cellule endoteliali, massime nelle sezioni fatte sulla estremità libera del tumore. In certi punti queste cellule endoteliali mostrano processi nettamente anastomizzati con quelli delle vicine, da far ritenere giusta la opinione emessa da Recklinghausen sulla possibilità di una circolazione linfatica intracanaliculare. Questa rete formata tra i fasci del connettivo dai processi anastomizzati delle cellule endoteliali, diminuisce nelle sezioni praticate presso la estremità libera del tumore, essendo ivi sostituita in gran parte da cellule indifferenti, massime in vicinanza dei vasi sanguigni.

Le sezioni fatte sulla sostanza areolare centrale osservate nell'acqua distillata o nella glicerina pura, mostransi costituite da grosse lacune, o caverne, limitate dallo intreccio di delicatissime fibre connettive procedenti in direzione opposta, senza che per esse venga a costituirsi una solida parete circolare intorno ai detti spazî lacunari. Sui fasci fibrosi limitanti le lacune, scorgesi un completo rivestimento di grosse cellule endoteliali, i cui nuclei appariscono nettissimi coll'aggiunta di acido acetico. Queste cellule osservate sui margini della sezione lacunare appariscono molto allungate e sottili: ma viste di prospetto sono invece larghe e poliedriche, fornite di nuclei ovoidali mono o bi-nucleolati.

Le sezioni perpendicolari all'asse del tumore fatte in vicinanza del picciuolo, osservate nell'acqua o nella glicerina pura, fanno vedere una massa di tessuto fibroso, in cui meglio che nelle sezioni assiali apparisce netto e bellissimo lo intreccio dei fasci in tutte le direzioni.

L'acido acetico mette in evidenza la rete di cellule endoteliali del connettivo da processi molteplici ed anastomizzati. Rari scorgonsi gli elementi indifferenti.

Le sezioni normali all'asse fatte verso la sommità del tumore, trattate nei modi sopraindicati, mostrano notevoli cangiamenti. Difatti mentre la struttura della massa continua a conservare lo aspetto generale fibroso, le fibre ne sono ancora più delicate, e gli elementi cellulari sono più abbondanti, e differenti tra loro secondochè si guardano gli strati più centrali o quelli più vicini alla superficie del tumore.

Negli strati corrispondenti alle parti centrali del tumore, si nota una struttura quasi identica a quella delle sezioni fatte verso il picciuolo, meno una certa maggiore delicatezza dei fasci sostituenti la massa (ved. fig. 2). A misura però che ci accostiamo verso gli strati superficiali, le cellule endoteliali formanti la rete canalizzata interfasciculare vengono a poco a poco ad essere sostituite da cellule giovani senza processi, le quali formano un vero infiltramento generale in mezzo alle fibre delicate, sicchè queste passano in seconda linea, perdendo quasi ogni importanza di fronte alla grande prevalenza degli elementi cellulari. Queste cellule giovani con grosso nucleo e scarsa zona protoplasmatica formano dei veri ammassi in vicinanza dei vasi, il cui lume però rimane sempre ampiamente pervio alla corrente sanguigna. A prima giunta questo enorme infiltramento di elementi indifferenti farebbe pensare ad origine flogistica, od a neoplasia gliomatosa. In nessun punto di questa parte superficiale, od in altra parte qualunque del tumore, ci è riuscito di osservare cellule gigan-

tesche polinucleate, salvo qualche raro accenno a segmentazione di qualche giovane elemento.

La mucosa nasale riveste nettamente il tumore verso il picciuolo, passandovi sopra con tutti i suoi elementi, cioè tessuto risultante da finissime fibrille, ed epitelio stratificato cilindrico. Verso l'apice del tumore però lo strato fibroso sotto-epiteliale finisce per scomparire, restando il semplice epitelio stratificato per fare da rivestimento.

Esposta così la struttura istologica del tumore studiata in varî punti dello stesso, facile ne diviene la definizione.

Difatti questa definizione deve farsi in base al tessuto predominante da cui esso tumore risulta costituito. E siccome dall'analisi istologica apparisce la massa della neoplasìa essere costituita da tessuto fibroso finissimo, ondulato, disposto a preferenza nella direzione dell'asse maggiore, senza che per questo vengano esclusi fasci incrociati coi primi in direzione normale al detto asse maggiore, così ne viene naturale la diagnosi anatomica, per la quale esso deve ritenersi un vero fibroma; poca importanza avendo anatomicamente lo aspetto cavernoso del centro di esso tumore, e lo infarcimento di giovani elementi sopradescritto nelle parti periferiche della testa del tumore in discussione. Dunque il tumore giudicato nel suo complesso deve ritenersi un fibroma, caso non infrequente nelle neoproduzioni del cavo naso-faringeo.

Abbiamo detto che le accidentalità relative alla trasformazione cavernosa del centro, e lo infiltramento di giovani elementi nelle parti periferiche della testa del tumore passavano in seconda linea rispetto alla definizione della neoplasìa. Una considerazione speciale però merita il sopradescritto infiltramento di cellule indifferenti, perchè esso farebbe pensare o ad una prossima trasformazione sarcomatosa del tumore, oppure accennerebbe al fatto non riscontrato da Ranvier, ma descritto da Förster e citato da Cornil e Ranvier, pel quale questo accumulo di giovani cellule in mezzo al tessuto fibroso indicherebbe un ulteriore progressivo sviluppo della neoplasia, spiegandone anche la genesi. Io inclino più a questa seconda interpretazione; poichè in nessun punto delle sezioni sottoposte al microscopio ho riscontrato cellule polinucleate o gigantesche, che segnano principalmente il passaggio del fibroma in fibro-sarcoma.

La seconda maniera di considerare questo infiltramento di giovani cellule non manca di speciale importanza; giacchè accennando, secondo il Förster, a notevole incremento, ed a continua evoluzione del tumore, ne aumenta considerevolmente la importanza clinica.

Ed ora due parole sulla origine della neoplasìa. Il punto di

partenza della stessa è stata la mucosa, oppure il periostio? Anche a questo quesito risponde la ricerca istologica. Difatti noi abbiamo detto, che la mucosa passava con tutti i suoi elementi sul picciuolo del tumore, andando assottigliandosi a poco a poco verso la estremità libera dello stesso. Quindi apparisce evidente il tumore avere avuto origine dal periostio di qualcuno delle ossa della volta della cavità naso-faringea. Ed anche in questo il nostro trovato è stato conforme a quello degli altri osservatori e scrittori di istologia ed anatomia patologica.

TRACHEOTOMIA NEL PERIODO ASFITTICO DEL CRUP

COL PROCESSO SAINT-GERMAIN — GUARIGIONE

pel prof. **RAMON DE LA SOTA Y LASTRA**

Il giorno 22 del mese di Febbraio p. p. fui chiamato a visitare„ in consulto coi Dottori ENRICO ROMERO, ALESSANDRO SANDINO e CIRIACO CARMONA, una figlia del Signor Ruiz Toranzo, farmacista in Siviglia. Trattavasi di una graziosa fanciulla di 5 anni, che da otto giorni avea incominciato a soffrire un catarro laringo-tracheale, ma tanto lieve che i suoi genitori non credettero opportuno prendere qualche precauzione; anzi consentirono a farla vestire da maga perchè si divertisse nelle chiassose feste del Carnevale. Passarono queste senza che la fanciulla apparentemente peggiorasse; ma la vigilia del consulto si svegliò febbricitante, ed i genitori la ritennero in letto e mandarono a chiamare il dottor SANDINO. Malgrado la saggia medicazione da lui stabilita, i sintomi laringei acquistarono, durante il giorno, tanta intensità che il Professore giustamente allarmato, volle sentire il parere del dottor ROMERO. Questi consigliò che si continuasse con energia il metodo curativo già in pratica, e nel disgraziato caso che la gravezza crescesse, chiamarmi per praticare la tracheotomia.

Era l'una p. m. quando io vidi l'ammalata. Tenuta in braccio dalla sua nonna, la disgraziata bambina inclinava fortemente la testa indietro; abbandonate erano le braccia e le gambe: le pinne del naso si agitavano con rapidità, le palpebre azzurrognole quasi coprivano i globi oculari, le labbra erano livide ed un abbondante sudore freddo e viscoso innondava il pallido e scomposto viso: la pelle era fredda ed insensibile, il polso veloce e tanto debole ch'era difficile sentirlo.

Questo orribile quadro si presentava anche più spaventevole in certi momenti, durante i quali neanche la minima quantità d'aria, penetrava nei polmoni. Allora, la fanciulla si scoteva dal suo abbandono, apriva smisuratamente gli occhi, agitava le braccia, moveva le gambe, torceva tutto il corpo, voleva parlare, piangere, strillare, e solo potea muovere convulsivamente le labbra, senza che nella sua gola si producesse rumore alcuno. Quanti erano presenti a questi terribili accessi, credevano assistere agli ultimi momenti di quella innocente vita.

Aperta la bocca e depressa la lingua, potei scoprire solo sulla tonsilla sinistra due macchie giallognole della grandezza di una lenticchia. Facendo l'ascoltazione, arrivai, non senza pena, a sentire il murmure vescicolare nelle diverse parti del petto. Palpando il collo, incontrai voluminosi infarti glandolari.

Riuniti a consulto i quattro Professori, convenimmo che la bambina era nell'ultimo periodo del crup e che la morte era prossima, se non si praticava la tracheotomia.

Accettata l'operazione dal padre e da uno zio della fanciulla, giovane medico testè uscito dalla nostra scuola, mi disposi ad eseguirla col processo di SAINT-GERMAIN, i cui vantaggi avea già potuto apprezzare in altre occasioni. Ma, non mi fu facile incontrare lo spazio crico-tiroideo, il quale era ricoperto da una quantità tale di tessuto adiposo, che non mi permetteva di sentir altro se non il bordo superiore della cartilagine tiroide. Non volendo ferire senza essere sicuro completamente che il bisturi penetrasse nel luogo desiderato, perdei circa un minuto a cercare lo spazio, e, durante questo tempo, lo stato della fanciulla divenne disperato. Tenni allora la laringe col dito pollice e medio della mano sinistra, e strisciando l'indice dall'angolo della tiroide in basso, lo fermai nel punto, in cui non sentiva resistenza alla pressione, e lì approfondii il bisturi. Sebbene avessi dato alla lama una lunghezza di 14 millimetri, nessun rumore si intese, che indicasse aperto il condotto respiratorio. Ritornai ad introdurre la lama nel medesimo punto e neanche questa seconda volta arrivai al mio intento. Allora, introdussi il dito indice nella ferita, e questo mi fece conoscere che era arrivato allo spazio cricotiroideo, senza averlo penetrato. Immediatamente lo punsi, e dopo aver tagliati la cricoide e i due primi anelli tracheali, introdussi il dilatatore e la cannula senza incontrare alcuna difficoltà.

Quantunque l'operazione si fosse compiuta in molto minor tempo che è stato necessario a raccontarla, la creatura parea essere morta, durante la medesima.

Sollecitamente si procedette alla respirazione artificiale; e dopo varii minuti si otteneva quella naturale, ma tanto debole, che veniva meno, se si sospendeva la prima. In tanti angosciosi momenti introdussi nella trachea una spugna, e con sì buona sorte, che sopravvenne un colpo di tosse, e con questo fu lanciata, attraverso la cannula, una grossa falsa membrana, tubulare, di tre centimetri e più di lunghezza, color bianco-azzurrognolo nella superficie esterna, nera nell'interna. Continuai ad introdurre di quanto in quanto la spugna nella trachea, e la tosse continuò, espellendo pezzi pseudo-membranosi, però molto più piccoli del primo. Dopo un'ora e mezzo di sì duro lavoro, l'operata potè

respirare, senza il nostro aiuto. Bevve qualche sorso di brodo e di vino con acqua, ed ebbe vomito, che le fece rigettare quanto avea nello stomaco. Lavato il suo corpo e vestita di netto, subito che fu messa a letto, un sonno benefattore venne a dar riposo a quel travagliato organismo.

Passate varie ore, ritornai a vedere la bambina. Tutto in essa era cambiato: la respirazione si effettuava con facilità e regolarità attraverso la cannula; il livore del volto era sparito e rimpiazzato da un color roseo; lieve sudor caldo umidiva la pelle e le dava morbidezza; all'arteria radiale si contavano 96 pulsazioni per minuto, il termometro segnava 38°, 2. Avea urinato; e con la tosse erano state espulse delle mucosità tinte di sangue e varii pezzi di false membrane di differente forma e grandezza. La deglutizione si faceva senza nessuno incommodo, e la bambina desiderava il brodo e l'acqua zuccherata, ripugnandole il vino di Xeres puro o inacquato.

Niente, degno di nota, accadde nei giorni seguenti; non si fece altro che collocare la piccola inferma in una camera spaziosa e ben ventilata, vigilarla costantemente, nettare con frequenza la cannula interna, ogni 24 ore l'esterna, la ferita ed il collo, mantenere nell'abitazione una temperatura di 16° ed un'atmosfera umida, per mezzo del vapore di acqua di calce e della polverizzazione di una soluzione di acido fenico; stabilire una dieta ristorante, e sorvegliare in modo che neanche un sol momento rimanessero nella camera la roba sporca e gli strumenti.

La febbre una sola volta toccò i 39°, e sparì il quarto giorno. Fino al sesto giorno fuvvi espulsione di false membrane. L'unica complicanza che sopravvenne, fu il flemmone nella prossimità della ferita, il quale si estese principalmente verso la parte superiore, sfigurando la faccia, e terminò per risoluzione alla fine del primo settenario. Il timore da cui era presa la bambina non permise di cambiare la cannula nè di coprirla, fino al 15° giorno dopo l'operazione. Ma, dopo altre 48 ore, vedendosi che respirava liberamente attraverso la laringe, si ritirò la cannula definitivamente. Il giorno seguente l'apertura era già chiusa, e dopo una settimana, completamente cicatrizzata. Fino a questo momento non si è presentata la *paralisi post-difterica.*

I particolari di questo caso autorizzano a dedurre le seguenti conclusioni:

1) Per disperata che sembri la situazione di un ammalato di crup, si deve paticare la tracheotomia, giacchè per mezzo di questo metodo è possibile salvare il paziente.

2) Per fare l'operazione negli ultimi momenti della vita di un fanciullo, si ha col processo di SAINT-GERMAIN il grandissimo

vantaggio della rapidità, dalla quale dipende l'esistenza della creatura.

3) Il riscontro del luogo preciso, in cui si deve ferire, non è sempre tanto facile, come suppone l'operatore francese, perchè nè con la compressione con le dita, indice o medio, si riesce alle volte a delineare la piega trasversale, indicatrice dello spazio crico-tiroideo, nè si trova per mezzo del tatto.

Sarebbe necessario che i Professori, i quali, come Saint-Germain, hanno occasione di fare frequenti autopsie su bambini, misurassero la distanza che può esistere nelle diverse età dall'angolo del bordo superiore della cartilagine tiroide (punto che per essere il più pronunziato si riconosce con facilità in tutti i casi) fino al bordo superiore della cricoide, luogo nel quale deve penetrare il bisturi. Fino a quando non si hanno queste misure, almeno approssimative, io consiglio nei casi ardui, come quello che ho riferito, di ricercare l'angolo della tiroide col dito indice della mano sinistra, strisciandolo e comprimendo sulla parte prominente di detta cartilagine, fissarlo nel punto ove non si trova più resistenza, e ferire con coraggio.

4) Lo spessore delle parti molli che coprono la membrana crico-tiroidea nei ragazzi di 2 a 12 anni è, in certi casi, maggiore di 8 a 11 millimetri, secondo segna M. Dubar; ed allora fa mestieri penetrare nella ferita una o due volte per arrivare al luogo desiderato, quantunque siasi data alla lama del bisturi la lunghezza di un centimetro e quarto, secondo raccomanda Saint-Germain.

5) È necessario essere molto lesti e non stancarsi nella respirazione artificiale, che può, nei casi meno favorevoli, salvare l'esistenza della creatura moribonda.

6) Il vellicamento della mucosa tracheale attraverso la cannula, con la spugna o con la barba di una penna, può facilitare il distacco e la espulsione delle false membrane, che fanno ostacolo al ristabilimento della respirazione.

7) Quando nessuna complicanza seria sopravviene, il trattamento posteriore all'operazione si riduce ad avere molta cura per la nettezza della ferita e per l'igiene dell'operato.

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA LEPRA NEL LARINGE

Per il Dott. ORIGENE MASINI

Professore pareggiato di Laringoiatria nella R. Università di Genova.

Lo studio delle alterazioni che la lepra induce nell'organo vocale, mi è sembrato di una particolare importanza dal doppio punto di vista della sintomatologia clinica, che ha con alcuni morbi infettivi del laringe dei punti di contatto, e tali da essere nel dubbio per formulare una corretta diagnosi, come pure per le alterazioni anatomo-patologiche che vi si osservano, e che per quanto sappia fin'oggi nessuno ne ha fatto uno studio particolareggiato.

Ho detto che mancava uno studio particolareggiato appositamente, come ognuno può persuadersene, leggendo ciò che si è scritto intorno a questo morbo. I lavori di CAMPANA (1) di HANSEN ARMAUER (2), di NEISSER (3), di VIRCHOW (4), di DANIELSEN e BOECK (5), di HEBRA e KAPOSI (6), di SCHREIBER (7), di MANASSEI (8), non che quelli di WOLFF (9), di GIBB (10), di SCHRÖTTER (11), di MACKENZIE (12), di DE LA SOTA Y LASTRA (13), di RINSEMA (14), di MOURE (15), di MASSEI e MASUCCI (16), quantunque numerosi pure la-

---

(1) Note cliniche ed anatomiche sulla lepra. Annali universali di medicina, vol. 255.

(2) *Bacillus leprae*. Archiv. für patholog. anat. und Physiol. Januar 1880.

(3) Handbuch der speciellen Pathologie der Hautkrankheiten. Enciclopedia di Ziemssen. 1884.

(4) Kranhkaften Geschwülste. Bd. II, pag, 519, ed ultimamente Accademia medica di Berlino, 1885. V. *Riforma Medica*. Napoli 1885.

(5) Traité de la Spedalsked ou elephantiase des Grecs; traduit par le Dott. Casson, Paris 1847-48.

(6) Trattato delle malattie della pelle. Traduzione italiana, Milano.

(7) Ueber zwei in Rumänien beobachtete Leprafälle. Viert. für Dermat. und Syphilog. pag. 263, 1873.

(8) Ulteriori studii sopra un caso di lepra. Accademia di Roma, 1876.

(9) Virchows, Arch. Bd. XXXVI, pag. 44.

(10) Diseases of the Throat, pag. 272. London, 1864.

(11) Laringologische Mittheilungen II, pag. 84, Wien, 1874.

(12) Diseases of the Throat and Nose. London, 1880.

(13) De los caracteres clinicos que distinguen la lepra, el lupus y el cancer de la garganta, Memoria letta al Congresso di Siviglia nel 1882.

(14) Ein Fall von Lepra. Wirchows, Archives, 1883.

(15) Lettera privata in data 14 Feb. 1884.

(16) Resoconto del dispensario di laringoiatria all'ospedale clinico di Gesù e Maria in Napoli, 1884.

sciano un vuoto che in questo lavoro mi provo a colmare, delineando con attenzione e precisione la sindrome fenomenica.

Le osservazioni che ho potuto fare riguardano individui manifestamente leprosi ricoverati nella clinica dermopatica della nostra università, e per la parte anatomo-istologica ho compiute queste osservazioni nel laboratorio di Patologia generale. Ai Professori SALVIOLI e CAMPANA esprimo qui pubblicamente la mia gratitudine per il valevole appoggio datomi, affinchè potessi completare questo studio.

I casi che mi hanno offerto il materiale per tali osservazioni ebbi l'opportunità di studiarli per diversi mesi , allo scopo di sorprendere in atto il processo morboso, seguendolo nelle sue fasi evolutive, specialmente in riguardo all'organo vocale.

Questo fatto mi ha permesso di potermi tracciare la sintomatologia della lepra, con criteri sicuri ed esatti in tutti i suoi particolari.

Si può ritenere come legge generale che la lepra del laringe è sempre secondaria alle manifestazioni leprose cutanee.

Nelle letteratura medica non si conoscono casi di affezioni leprose, senza che primitivamente non si fossero osservate lesioni alla pelle: ed il Prof. CAMPANA che, fra gli autori che hanno scritto sulla lepra, ha incontrastabilmente una particolare autorità, ritiene il fatto se non impossibile, almeno molto, ma molto raro.

Nelle nostre osservazioni non potemmo stabilire con dati precisi i rapporti cronologici fra la comparsa della lepra cutanea e le lesioni laringee, ma approssimativamente possiamo dire che questo periodo sembra intercorrere fra quattro o cinque settimane e tre mesi. Quanto ciò sia difficile stabilire avendo così pochi casi alla mano, e piuttosto ammalati da molto tempo, basti il ricordare che gli stessi ammalati sempre danno poco valore alle alterazioni della voce, ritenendo queste dipendenti più da cause reumatiche, che dal morbo di cui sono affetti. Di più si può invocare la violenza del morbo, il quale in alcuni individui può assumere un decorso rapidamente invadente, e determinare su tutte le mucose lesioni profonde, nel mentre in altre, si può avere un decorso lento e quindi manifestazioni laringee leggere.

È fuori dubbio che la mucosa della gola, sia una delle sedi su cui con predilezione si svolgono i malefici effetti della lepra, poichè non vi ha leproso, senza che la sua gola sia più o meno profondamente passionata.

Tale predilezione possiamo spiegarla sotto un doppio punto di vista: anatomico l'uno, clinico l'altro. Sappiamo dall'anatomia quanto è delicata la struttura del laringe, colla sua mucosa ad epitelio cilindrico in massima parte, colle sue numerose ripiegature, per la sua cedevolezza e scorrevolezza nei movimenti dei

suoi pezzi cartilaginei, per la sua ricchezza di tessuto adenoide, nelle cui maglie largamente e fittamente essendo annidate numerose glandule mucipare e follicoli, non che per la sua ricchissima rete linfatica, è il terreno più favorevole per la fissazione dello schizomiceta leproso, fecondandone favorevolmente lo sviluppo.

La clinica inoltre ci ha dimostrato che tutte le volte si è osservata la gola di un leproso, questa costantemente ne era affetta. I primi sintomi che il leproso avverte di pertinenza della laringe sono un certo grado di secchezza, un senso di vellicamento quasi continuo che talvolta è capace di provocare colpi di tosse, una facile stanchezza nel parlare, diminuzione dell'altezza e della chiarezza della voce, la quale a periodi intermittenti diviene più bassa, per poi riprendere il timbro presso che normale specialmente dopo un po' di riposo. Questi primi disturbi funzionali che accompagnano costantemente l'inizio della lepra laringea dimostrano a chiare note il modo con cui primitivamente agisce sulla mucosa l'elemento efficiente del morbo.

Nel primo caso di lepra laringea descritto dall'ELSBERG (1) riguardante un cantante, si trovavano particolarmente notate le prime alterazioni della voce, la quale per la professione di cantante venne studiata nei suoi minimi particolari. Dapprima l'ammalato oltre la stanchezza, facile ad aversi ad ogni minimo abuso della voce, osservava una diminuzione nell'estensione e nel registro, il quale era pure modificato. Le note alte venivano stonate e sembrava produrglisi una piccola quantità di muco, che andava a depositarsi sulla rima glottidea.

Tale disturbo l'ho osservato spessissimo nei cantanti affetti da cordite ipertrofica, ai quali la presenza del piccolo fiocco di muco nella rima glottidea durante l'emissione della voce, era causa di tremende e scoraggianti *stonature*.

Col progredire del morbo, le alterazioni della voce si rendono ancora più spiccate fino a raggiungere la completa afonia. Questa però si osserva rarissimamente, e quasi sempre si hanno disfonie per la ragione, come diremo in appresso, che le lesioni leprose sul laringe, molto tardivamente si svolgono sulle corde vocali inferiori; e quasi sempre gli ammalati muoiono prima che in queste avvengano alterazioni profonde.

Nei nostri casi mai ci fu difficoltà nella deglutizione, come pure tale disturbo non si ebbe mai nelle osservazioni di altri (ELSBERG, MACKENZIE, MOURE). Pure non osservammo alcun disturbo nella repirazione.

---

(1) Loc. cit.

La sintomatologia laringoscopica, come quella che ci mostra in atto e sul vivente i diversi gradi delle alterazioni anatomiche dei tessuti, il loro modo di reagire, il corso del morbo, ha un particolare interesse.

Prescindendo dalle alterazioni che si rinvengono sulla lingua e particolarmente alle fauci, al laringoscopio si osserva che la mucosa del laringe in un leproso dapprima si presenta un poco arrossata, non uniformemente in conseguenza di una iperemia che si circoscrive ad aree non ben limitate, da fare acquistare alla mucosa l'aspetto di suggellature a contorni sfumati, il di cui colorito rosso più vivo si perde col rosso carico delle parti vicine. Tale arrossimento è generalizzato in tutto l'ambito della mucosa, ma d'ordinario è più marcato sull'epiglottide, sui ligamenti ari-epiglottici, sulle eminenze aritnoidi, e sui margini delle corde vocali.

Questo grado d'iperemia dopo un certo tempo cede il campo ad un pallore pronunziato, il quale quasi a ricordo della aumentata vascolarità, lascia vedere qua e là arborescenze capillari varicose disposte irregolarmente.

La mucosa specialmente nella sezione superiore del laringe (1) in breve comincia a perdere la sua lucentezza e diviene più arida, sia per la caduta dell'epitelio, donde aumentata evaporazione, sia per diminuito secreto delle glandule, acquistando un carattere come *verniciato*. Indi si fa spessa, prendendo direi quasi come focolaio, l'epiglottide e l'orlo superiore del laringe. Durante questo periodo, saggiando la sensibilità con un semplice estesiometro ricurvo, cominciano a notarsi modificazioni di questa, particolarmente in corrispondenza delle suindicate sedi.

È degno di nota che allorquando si hanno da osservare al laringoscopio ammalati di lepra, in cui nel laringe e faringe sono già comparse alterazioni anatomiche, possiamo spingere le ricerche al massimo grado, inquantochè per la diminuita e talvolta abolita sensibilità delle parti, si può mantenere lo specchio di contro il palato molle per lungo tempo, e soddisfare completamente i nostri desideri di ricerca.

Progredendo tuttavia le lesioni leprose nel laringe, si osserva che l'ispessimento della mucosa va sempre guadagnando terreno, fino a raggiungere gradi elevati, in cui il notevole gonfiore dell'epiglottide, dell'apertura superiore del laringe impediscono la vista delle parti sottostanti.

---

(1) Per comodità divido la laringe in sezione superiore ed inferiore, ed a comprendere questa divisione immagino un piano che venga diretto orizzontalmente e che passi al disopra delle corde vocali superiori.

Allorchè tale ispessimento si fa concentricamente o si fa in modo da occludere il tubo laringeo, si possono avere delle gravi laringostenosi da richiedere urgentemente un atto operativo, la tracheotomia, o il *tubage* per mezzo di un grosso catetere.

La forma delle regioni della mucosa affetta, viene oltremodo alterata, divenendo talvolta a guisa di cartoccio, e l'eminenze aritnoidi possono prendere l'aspetto di due grossi tumori piriformi, con superficie ora levigata, ora irregolare, e mammellonata: d'ordinario però l'epiglottide assume la forma di un prepuzio edematoso o del muso di tinca.

Il colorito delle parti è eminentemente pallido, ed il gonfiore nella maggioranza dei casi, ha l'aspetto uniforme d'ispessimento diffuso.

Questo periodo cioè dalla cessazione dello stato eritematoso allo ispessimento, è senza tema di andare errati il più lungo, ed i diversi gradi dell'ingrossamento della mucosa e sottomucosa, si fa con molta lentezza. Ci vogliono mesi e mesi, allorchè comincia l'infiltrazione nei tessuti indicati, prima che in questa si osservino alterazioni notevoli.

Dopo un certo tempo, sicuramente lunghissimo, se l'ammalato sopravvive alle proteiformi alterazioni leprose delle altre parti del corpo, si determinano allora nel laringe nuovi fatti manifestantisi con perdite di sostanza e necrosi parziali dei pezzi cartilaginei. Del modo con cui queste ulcerazioni si originano diremo nell'anatomia patologica.

Tali ulcerazioni dapprima appariscono piccole, rotondeggianti, superficiali, le quali secondo De La Sota y Lastra possono emergere sul piano della mucosa ed acquistare le parvenze dei condilomi piani. Di frequente queste piccole ulcerazioni si estendono in superficie, e riunendosi le une alle altre, sono capaci di occupare buona parte del laringe. Contemporaneamente il lavorio distruttivo si approfondisce, mettendo spesso a nudo porzioni di cartilagine.

Allorchè l'ulcerazione ha tali proporzioni, essa si presenta con bordi sfrangiati, irregolari, con fondo rosso sporco, con scarse ma grosse vegetazioni papilliformi. Vi ha pure un po' di suppurazione, e questa aumenta in ragione dell'estensione che prendono le stesse ulcerazioni: però è molto minore che nelle soluzioni di continuità di altra natura. In generale la lepra nel laringe non arriva che raramente a questo periodo, cioè all'ulcerazione, poichè prima che si possono avere le lesioni del tessuto, che questa sviluppa, come sopra dicemmo, l'ammalato d'ordinario soccombe. E fu in un solo caso mostratoci dal Prof. Campana, sopra una laringe di un leproso morto nell'anno passato nella Clinica, che osservammo una ulcerazione molto estesa e profonda.

Da ciò che abbiamo detto facilmente si rileva, come nello svolgimento sintomatologico del processo morboso si notino spiccati tre fasi o periodi, i quali si potrebbero battezzare col nome di *eritematoso* il primo, di *infiltrazione* il secondo, ed *ulcero-necrotico* il terzo.

Riassumendo il quadro laringoscopico in questi tre periodi, abbiamo come caratteristici i seguenti fenomeni:

Periodo eritematoso. — Arrossimento irregolare ed a chiazze della mucosa laringea; disposizione a guisa di pennellature del rossore, ectasie capillari, perdita di lucentezza della mucosa, voce leggermente velata, e meno resistente nel parlare a lungo.

Periodo d' infiltrazione. — Tumefazione della mucosa specialmente della sua apertura superiore e dell'epiglottide: gonfiore di queste parti, ordinariamente uniforme, colorito pallido, anemico; ed in una fase più avvanzata l'ispessimento delle parti raggiunge gradi massimi da assumere l'aspetto del prepuzio edematoso, fimotico. La respirazione, quando l'ingrossamento delle parti riduce oltremodo l'apertura laringea, può essere difficile, con sibilo ispiratorio ed espiratorio, e portare seco tutti i fenomeni delle laringostenosi.

La voce da velata, passa gradatamente a perdere i suoi caratteri fisiologici, divenendo ben presto rauca, disfonica e poco robusta.

La deglutizione raramente viene disturbata.

Periodo ulcero-necrotico. — In questo si notano ulcerazioni prima piccole e superficiali, rotondeggianti, le quali in progresso di tempo guadagnano in estensione e profondità. Il loro carattere più spiccato è quello di essere con bordi non netti, con fondo poco suppurante e sporco. La loro sede principale è sull'epiglottide, sui ligamenti ari-epiglottici, sulle aritnoidi, raramente sulle parti sottostanti.

Approfondendosi il processo distruttivo, si possono avere isolati dei pezzi cartilaginei, che vengono poi espulsi insieme all'escreato.

Descritto per quanto meglio era possibile il quadro sintomatologico della lepra nel laringe, diremo della diagnosi differenziale.

È questo un punto importante per la pratica, come quello che permette di saper riconoscere quali sono i sintomi propri a questa malattia, messi a parallelo con altri sintomi di morbi differenti, con i quali potrebbe, per le lesioni che determinano sull'organo vocale, portare un po' di dubbio nella diagnosi.

Il lupus, il cancro, il tubercolo hanno molti sintomi a comune colla lepra.

Se dovessi fermarmi a parlare dei sintomi propri a ciascuno

di detti morbi, andrei troppo per le lunghe, e solo mi basterà accennare i caratteri più salienti, onde ognuno possa trarsi facilmente dall'imbarazzo, formulando quando che sia una diagnosi corretta.

Il lupus in generale, come la lepra, è secondario nel laringe, cioè prima che si determinino lesioni in quest'organo si ha quasi sempre la manifestazione cutanea, sia eritematosa che tubercolare. I tubercoli sono la forma più ordinaria con cui si ammala la mucosa laringea e questi emergono sul piano circostante conservando il colorito roseo della stessa mucosa, e senza alterarla. Il loro numero varia assai; varia pure è la loro grandezza, da un capo di spillo ad una piccola noce avellana; disseminati, irregolarmente, di consistenza dura ed elastica. La voce è velata. Prima che il tubercolo del lupus si rammollisca e si ulceri, trascorre molto tempo: una parte del piccolo tumore resta intatta, dura e rilevata, donde prende origine l'ulcerazione, la quale si estende più o meno, fino a distruggere completamente alcune delle parti costitutive del laringe, come ebbi occasione di vederne un caso tipico all'Ospedale Maggiore di Milano, fattomi gentilmente osservare dal Prof. Labus, nel quale ammalato si notava la mancanza quasi totale dell'epiglottide, ed il moncone appariva tumido, con bordi rilevati, rossi e tagliati a picco. Di solito le ulcere lupose sono a margini, come ho detto, rilevati, dure, con fondo levigato, stretto e sinuoso, poco suppuranti, con poco dolore. La voce è immensamente alterata, arrivando di frequente il processo ulceroso fino alle corde vocali.

Il cancro può presentarsi primitivo nella gola, ma ordinariamente esso è compagno dell'età matura, e le statistiche più numerose del Mackenzie (1), del Fauvel (2), e di Ziemssen (3), dimostrano con chiarezza che il cancro della gola è proprio dell'età adulta.

Un altro segno importante è la sede delle lesioni cancerigne, le quali seguendo le predette statistiche, prediligono le corde vocali false e vere, osservandosi molto più di rado nelle altre regioni. Infatti il Mackenzie in 53 casi, osservò che 28 volte il cancro aveva sede sulle corde vocali, o nasceva dai ventricoli del Morgagni, donde poi ammalava le parti vicine.

Le prime alterazioni poi che si osservano nella laringe sono la congestione, la tumefazione, ed un senso molesto come di corpo estraneo, insieme ad un grado elevato di disfonia. Indi, dopo

(1) Diseases of the Throat and nose, London, 1880.
(2) Traitè des maladies du Larynx. 1880.
(3) Enciclopedia di Ziemssen. Volume XII.

un certo tempo più o meno lungo, compaiono dei tumoretti, uno o più, di color roseo, rosso o grigio, levigati, granulosi o lobati, sessili, di volume e forma differente, i quali crescono con lentezza, ma continuamente; alcuni duri, altri molli, poche volte sono indolenti, spesso accompagnati a dolori che si irradiano al collo, agli orecchi. Talvolta, quando il tumore raggiunge un grado notevole, si può avere quella forma speciale della tiroide segnalataci da Isambert (1) come di guscio della tartaruga. Raramente si ha ingorgo dei gangli cervicali: e ciò solo avviene nei periodi avvanzati del morbo, cioè quando si estende anche alla laringe ed all'esofago. Tale mancanza dipende dal non avere i gangli linfatici cervicali, diretti rapporti col laringe, poichè come sappiamo, e dalle numerose ricerche in proposito, che ho istituite sulla circolazione linfatica del laringe, risulta che essi linfatici non hanno altri rapporti che coi gangli della regione tiro-ioidea e pretracheali.

Più rapidamente che nel lupus e nella lepra si hanno ulcerazioni, le quali facilmente sanguinano, dando luogo a emorragie di varia intensità. Le ulcere sono a fondo vischioso, con vegetazioni a guisa di mammelloni più e meno voluminosi, granulanti o lisci. La voce è spenta, la deglutizione difficile, e spesso insorgono accessi di soffocazione, i quali di frequente determinano il chirurgo ad intervenire aprendo all'aria un varco nella trachea.

L'alito è fetidissimo, vi ha scialorrea, e l'infermo a questo periodo comincia ad avere i segni della speciale cachessia cancerigna.

Ed ora diremo della tubercolosi.

Di questa malattia, dopo la scoverta di Koch, riesce facile stabilire la diagnosi, e nelle mie ricerche che presto vedranno la luce (2), ho potuto stabilire che la presenza del bacillo in una piccola raschiatura della mucosa laringea, o in un po' di essudato asportato da una ulcerazione, è un segno patognomonico, e tale da ovviare qualsiasi equivoco. Nonostantochè vi sono altri caratteri che possono guidare il medico ad una esatta dagnosi differenziale.

La tubercolosi del laringe *d'ordinario* è secondaria all'identico processo indovato nei pulmoni, quantunque non sia impossibile lo sviluppo primitivo di questa malattia nell'organo vocale. Le frequenti manifestazioni tubercolari del laringe si possono ridurre alle seguenti forme principali le quali per ordine, si presentano,

(1) Annales des maladies du Larynx. Vol. 2. — O. Doin Paris.

(2) Una prima parte è stata pubblicata. Vedi Gazzetta degli Ospedali. Anno 1885. *Il bacillo di Koch nella tubercolosi laringea.*

come ulcerazioni, pericondrite, infiltrazione e deposito di noduli sulle corde vocali.

Riguardo alle ulcerazioni, fa mestieri osservare la loro sede; avendo come punti prediletti le corde vocali, lo spazio meso-aritnoideo, indi l'epiglottide. Ordinariamente sono multiple (uniche nella lepra), piccole, irregolari a fondo sporco e grigiastro o granuloso, sollevato con limitata areola circondante. Invadono ed usurano i margini liberi delle corde vocali. Intorno ad esse germogliano di frequente vegetazioni di vario volume, le quali possono assumere l'aspetto polipiforme; si ipertrofizza molto frequentemente la regione meso-aritnoidea tubercolare, e prende il nome datole dai francesi, d'*aspect velvétique*.

Se si tratta di pericondrite e di notevole infiltrazione, la laringe somiglia pure, come la lepra, al prepuzio edematoso, colla differenza che in questa la tumefazione è molle, pastosa e quasi sempre accompagnata da ulcerazioni delle corde. Indi vi ha dolori puntori di contro le articolazioni maggiormente lese e notevole alterazione della voce. Dolori vivi nell'orecchio.

Delle due ultime forme è ovvio stabilire i caratteri differenziali, essendo esclusivo retaggio delle corde vocali, su cui si svilupperebbero primitivamente, fatto che come dicemmo non abbiamo mai osservato nella lepra.

Riassumendo in un quadro sintetico tutto ciò che abbiamo detto si ha che:

La lepra è un morbo che primitivamente si sviluppa sulla pelle e poi sulle mucose. Il cancro, il tubercolo possono essere primitivi del laringe.

La lepra esordisce con una colorazione disposta a chiazze, che poi scolorisce e diviene pallida con numerose varicosità dei capillari: il lupus invece si svolge sulla mucosa conservandone i caratteri normali, il cancro portando congestione e tumefazione, che d'ordinario è circoscritta,

La lepra arreca un ispessimento notevole delle parti con colorito pallido della mucosa, raramente tubercoli, con diminuita sensibilità: nel lupus si ha quasi sempre la presenza di noduli di color roseo o rosso, duri, più grandi di quelli della lepra, poco numerosi e disseminati, in generale indolenti.

Le lesioni della lepra ordinariamente hanno sede principale nella sezione superiore del laringe, nel mentre il cancro e la tubercolosi, sulle corde vocali.

La fase ulcerativa è più frequente nei tre indicati morbi che non nella lepra, nella quale, se avviene, è molto tardiva.

Le ulcerazioni della lepra si distinguono dalle altre, non avendo come quelle del lupus bordi rilevati e duri con fondo stretto

e sinuoso, e del cancro che sono larghe con vegetazioni papillari e spesso dolentissime; da quelle della tubercolosi, perchè multiple ed in mezzo a tessuti molto arrossati.

Nella lepra non si hanno che raramente cicatrici, mentre le si osservano più di frequente nel lupus e nella tubercolosi.

Esame anatomo-patologico macro e microscopico.

L'esame anatomo-patologico si ebbe l'opportunità di farlo tanto sulla laringe dell'Aloigi (1), quanto sopra un'altra inviataci gentilmente dal Prof. CAMPANA.

La laringe dell'Aloigi presenta nella sua mucosa un ispessimento diffuso, specialmente nella sezione superiore, per cui l'ampiezza del lume laringeo è molto diminuita, e ridotta a poco più della metà del normale. Il colorito della mucosa è pallido, grigio sporco e questa è pochissimo ricoperta da muco.

Non vi ha che una piccola perdita di sostanza superficiale, con fondo grigiastro, della grandezza di una piccola lente, in corrispondenza del margine destro della parte superiore dell'epiglottide: la quale è molto deformata a motivo di rientramenti e nodosità della grandezza di un grano di miglio, poste specialmente all'intorno della piccola esulcerazione e presentano lo stesso aspetto della restante tumefazione della mucosa.

Le eminenze aritnoidi ed i legamenti ariepiglottici sono pure ingrossati, come pure notansi alcuni bernoccoli, eguali a quelli dell'epiglottide.

Le corde vocali superiori sono uniformemente ispessite; egualmente ispessite sono le inferiori, ma in grado minore, e per tale ispessimento i ventricoli del MORGAGNI sono molto ridotti nella loro ampiezza.

Le cartilagini non presentano alcuna lesione apprezzabile, e nessuna anormalità presentano i tessuti circostanti alla laringe. Il nervo laringeo superiore isolato convenientemente, non fa vedere alcuno dei rigonfiamenti che si erano riscontrati in altre parti dello stesso individuo.

Quando mi si dette questo pezzo ad osservare, era conservato in alcool, previo indurimento nel liquido del MÜLLER, e non posso perciò fornire una descrizione istologica particolareggiata, stantechè non ho fatto alcuno preparato per dilacerazione del tessuto, allo scopo di vedere isolati gli elementi costitutivi le neoformazioni leprose. Il mio studio è limitato a sezioni microscopiche delle diverse parti del laringe, colorate con i comuni processi (Picrocarmino, Vesuvina ecc.), coll'intendimento di vedere

(1) Individuo morto nell'anno 1884 nella Clinica Dermosifilopatica.

la minuta struttura anatomica, nonchè col processo di Koch per i bacilli tubercolari, colorare i schizomiceti leprosi, onde vederli chiaramente e stabilire in quale rapporto questi si trovano col processo morboso.

Nelle sezioni praticate nelle diversi regioni della laringe, ho osservato che l'epitelio rivestiva ovunque la mucosa, esclusa la porzione in cui esisteva la piccola soluzione di continuo sopra indicata. Questo rivestimento epiteliale conservava la forma normale nelle diverse parti del laringe; si presentava cioè cilindrico e pavimentoso nei punti ove normalmente ha questa disposizione.

Lo spessore dell'epitelio era normale nella sezione inferiore del laringe, leggermente andava ingrossandosi nella superiore; e sulla epiglottide poi, si osservava specialmente verso la sua faccia convessa laringea, non solamente ispessito, ma laddove esistevano le nodosità accennate, mandava diversi zaffi, i quali si approfondavano nel tessuto sottostante. Questi zaffi stavano ai lati di tali nodi: anche le restanti papille epiteliali in questa regione erano generalmente più grosse e si approfondavano più del normale. Le cellule epiteliali a quanto appare dopo il trattamento subito e la colorazione col picrocarmino, si presentano ben conservate, sufficientemente colorato ne è il nucleo, e la forma e la granulosità del protoplasma normale, tanto nello epitelio cilindrico, quanto in quello pavimentoso.

Nella porzione epiglottidea dove si ha quell' ispessimento notevole dell'epitelio, si notano alcune modificazioni specialmente nel nucleo, cioè in molte di queste il nucleo è un poco deformato, di frequente a forma di mezza luna, ed il protoplasma è meno granuloso dell'ordinario.

Questa alterazione rappresenta una fase incipiente della degenerazione idropica degli elementi epiteliali.

Ho attentamente esaminato se dentro, e fra le cellule epiteliali, esistessero dei bacilli della lepra nei preparati colorati col violetto di metile, secondo il processo di Koch per quelli tubercolari. Di solito si può rilevare, che mentre ricchissima può essere la quantità dei bacilli, che stanno al limite dello strato epiteliali, questo ne è completamente libero; solo in qualche punto si possono rilevare di questi microbi colorati, fra le cellule epiteliali; mi è stato molto difficile di poter stabilire nelle sezioni se questi preesistevano, ovvero vi erano stati trasportati nelle manovre necessarie per la preparazione. Però nella zona epiteliale che confina col tessuto mucoso, se ne notano qua e là fra le cellule epiteliali. Anche nello strato mediano in alcuni punti si vedono degli accumuli di bacilli, ma di questi si può nettamente stabi-

lire che stanno entro i globuli bianchi migrati fra le cellule epiteliali.

Coll'esame a fresco si sarebbe potuto con certezza stabilire se alcuni di questi schizomiceti si fossero annidati nelle cellule dell'epitelio.

Nella parte inferiore dell'epiglottide questa infiltrazione di globuli bianchi nell'epitelio si riscontra frequentemente in forma di piccoli accumuli, i quali però sono sempre in continuazione con propagini del tessuto mucoso, esso pure in preda a giovine infiltrazione nodulare, dalla quale originano appunto le vegetazioni che si estendono nello strato epiteliale; nelle altri parti tali vegetazioni mancano e lo strato epiteliale è nettamente separato dallo strato mucoso.

Il tessuto sotto-epiteliale è quello che presenta le maggiori alterazioni, ed è quello che per il suo ispessimento dà luogo alla diminuzione di ampiezza del tubo laringeo.

Questo ispessimento è costituito da una infiltrazione ora diffusa, ora circoscritta, nodulare, di elementi cellulari. Non tutte le parti del laringe sono egualmente infiltrate : presenta il suo maximum specialmente in corrispondenza dell'epiglottide, minore sulle vere corde vocali. La infiltrazione è maggiore nella parte del tessuto subito dopo l' epitelio , che nelle parti profonde: nei preparati col picrocarmino si rileva che non tutti gli elementi della infiltrazione vengono bene colorati, ed i punti che meglio prendono la colorazione sono quelli che stanno subito sotto l'epitelio, a forma d'infiltrazione diffusa o a forma di ammassi nodulari. Un'altra parte di elementi invece si colora pochissimo, e fra questi stanno dei globi di sostanza di aspetto cereo, sparsi qua e là fra gli altri elementi. Le cellule d'infiltrazione sono generalmente contenute in un reticolo fibrillare connettivo , che si può meglio rilevare spennellando le sezioni microscopiche.

Però nei punti ove esiste l' infiltrazione nodulare recente, gli elementi sono stipati gli uni agli altri. Le cellule sono rotonde, generalmente meno nucleate, rare quelle che contengono due o tre nuclei ; altre in particolare modo nello strato profondo sono fusiformi, ed in qualche punto formano una stratificazione abbastanza appariscente.

Esaminando i preparati colorati col metil violetto ed acqua di Anilina, e trattati coll' acido nitrico al terzo e colorati colla Vesuvina, risulta che questa infiltrazione di corpuscoli bianchi è enormemente ricca di bacilli, i quali stanno nel protoplasma degli elementi cellulari ben distinti.

Molte cellule però si colorano diffusamente col violetto di metile, ed esaminate ad un forte ingrandimento, risulta che tale

colorazione è data in parte dai bacilli intensamente colorati, contenutivi in grandissima quantità, in parte da una colorazione diffusa del protoplasma cellulare. Tali elementi a forma globosa sono appunto quei corpi di aspetto cereo, che non prendevano del tutto la colorazione carminica. Risultava pertanto che questa infiltrazione era il risultato di un processo cronico, costituito primitivamente da una giovane infiltrazione diffusa o nodulare, caratterizzata dagli elementi ben colorati col picrocarmino, rotondi pieni di bacilli: e da un'altra parte, più antica, rappresentata, da elementi degenerativi poco o nulla colorabili col solito processo contenuti nella trama fibrillare, l'ultima fase degenerativa dei quali, era rappresentata da quei globi di aspetto cereo pieni di schizomiceti leprosi.

Ho cercato conoscere quale rapporto esisteva fra l'infiltrazione ed i vasi linfatici, che tanto abbondantemente si trovano nello strato subepiteliale, specialmente ora che mi è nota per una lunghissima serie di ricerche, la circolazione linfatica del laringe.

I vasi linfatici si presentano diversamente a seconda dello stadio di formazione del granuloma leproso: nelle parti ove l'infiltrazione è recente, gli elementi si accumulano all'intorno dei vasi linfatici, li comprimono e li occludono completamente, ma nelle parti, invece, dove il processo è antico, ed un tessuto fibrillare ha sostituito la recente infiltrazione, molto frequentemente i linfatici sono ampi e dilatati più del normale.

Le glandole mucipare che abbondanti pure si trovano nella mucosa laringea, sono moltissimo ed ovunque invase dal granuloma leproso, il quale, intromettendosi fra gli acini grandulari, li comprime e li distrugge, appunto perchè gli elementi soggiacciono a processi degenerativi, unicamente per l'azione meccanica che questo granuloma induce.

Dove l'infiltrazione è maggiore si può vedere nel posto delle glandule sostituito il granuloma, e la glandula è appena riconoscibile per qualche residuo di acini. Invasi dal granuloma sono pure alla lor volta i muscoli, ed il granuloma diffondendosi fra i fascetti e le fibre muscolari, ne determina l'atrofia degenerativa. Tanto l'infiltrazione glandulare, che muscolare, è in parte recente ed in parte antica, e ciò si rileva dal diverso modo di reagire alle sostanze colóranti.

Allorchè si fanno i preparati, appare chiaramente che in tutti i punti in cui esiste anche la più piccola infiltrazione, si notano numerosi bacilli della lepra. Anzi in alcuni casi dove non esiste ancora l'infiltrazione, molte cellule fisse del tessuto connettivo sono ripiene di questo schizomiceto.

I vasi sanguigni mentre costantemente hanno la loro avventizia

infiltrata, nei punti ove esiste il granuloma leproso presentano ancora delle alterazioni delle loro tuniche, nelle parti lontane da queste e specialmente sono affetti i vasi arteriosi. Tale alterazione consiste in una infiltrazione dell'avventizia, diffusa anche alla media, ovvero in ispessimenti totali o laterali dell' intima , dalla quale viene in alcuni casi non solo ristretto il lume, ma talvolta anche occluso.

Pure i nervi sono colpiti dall'invasione dei bacilli leprosi, ma però in poca estensione. Sono principalmente i piccoli tronchi della mucosa, quelli che presentano fra le fibrille nervose qualche corpuscolo bianco ed anche qualche globo leproso. Nei grossi tronchi, invece, e specialmente il laringeo superiore, che ho particolarmente isolato e studiato, non presentava alcuna infiltrazione.

Anche in un'altra laringe cortesemente consegnatami dal Professore Campana riguardante un certo Picardo, morto due anni fa di lepra, ho potuto studiare egualmente le alterazioni che questo morbo induce nel laringe.

Quest' organo quando mi fu consegnato si trovava nell'alcool già da molto tempo.

Osservando questa laringe, si vedeva un processo più antico, localizzato specialmente alla sezione superiore del laringe e più all'epiglottide. La infiltrazione vi era quasi uniformente diffusa, con abbondante sviluppo di un tessuto fibroso connettivo specialmente nelle parti profonde. In qualche punto i linfatici erano dilatati e numerosi.

Vasi sanguigni di nuova formazione si osservavano nelle parti profonde ed il tessuto glandulare, a motivo dell' infiltrazione era completamente scomparso, come pure era molto più spiccata l' infiltrazione dei nervi e delle tuniche vasali.

Come facile è a comprendersi anche in questo caso, seguendo il medesimo processo di preparazione suddescritto vi si nota grande abbondanza di bacilli, i quali si trovano in maggiori proporzioni, laddove l' infiltrazione era più diffusa.

Dalla descrizione anatomica dei casi che ho ora esposti, appare chiaramente che anche la laringe è una delle parti in cui l' infezione leprosa ci si presenta con tutte le sue modalità, cosicchè lo studio della lepra laringea è sufficiente per farci conoscere la patologia del processo leproso. Siamo in faccia cioè ad un processo infiammatorio cronico specifico, nel quale la neoformazione leprosa presenta due fasi anatomiche, una recente, caratterizzata da accumuli di corpuscoli eguali a quelli dei globuli bianchi del sangue, ricchi di bacilli leprosi i quali costituiscono dei nodi, specialmente nella parte sub-epiteliale, ma non mancano ancora nelle parti profonde.

Questi accumuli di cellule linfoidi si trovano sparsi qua e là, e sono i nodi recenti del granuloma. Tali corpuscoli linfoidi nella primissima fase sono un semplice accumulo di cellule senza alcun reticolo fra le stesse, poscia va formandosi un leggero stroma reticolato, nel quale sono contenuti. A questo punto la infiltrazione cambia aspetto e prende uno spiccato carattere di neoformazione di tessuto, la quale va progressivamente modificandosi sia nello stroma che negli elementi cellulari cioè tanto lo stroma che le fibre connettivali vanno sempre più ingrossandosi ed irrigidendosi; mentre gli elementi cellulari soggiacciono a fasi progressive e regressive dipendenti dagli schizomiceti che nel loro protoplasma sono contenuti. Gli elementi cellulari vanno ingrandendosi, aumentano i nuclei e crescono contemporaneamente i bacilli contenutivi, fino ad essere trasformati in globi ripieni di schizomiceti leprosi. Indi questi elementi subiscono una fase degenerativa per mezzo della quale scompaiono.

La prevalenza del processo d'infiltrazione rispetto al processo degenerativo è quello che dà luogo all'aumento di spessore della mucosa; come le successive sclerosi danno luogo alla deformazione che noi abbiamo particolarmente osservato nell'epiglottide.

Sarebbe superfluo al giorno d'oggi, dopo i tanti studi fatti sugli schizomiceti della lepra, ripetere ancora le conoscenze che di questi abbiamo acquistate; nullameno ho potuto notare nelle mie ricerche la giustezza delle osservazioni che in proposito sono state fatte, cioè che questo *bacterium* si presenta già colle prime fasi della infiltrazione entro agli elementi linfatici, che la costituiscono, ed in questi vi si moltiplica in tutte le successive fasi di sviluppo della neoformazione leprosa.

Lo studio anatomico di questa parte mi ha condotto a ritenere che molto difficilmente in rapporto col granuloma leproso, possano aver luogo dei processi necrotici ed ulcerativi della mucosa laringea. Inquantochè noi vediamo che il granuloma è accompagnato da uno sviluppo di vasi sanguigni, i quali permettono a questo tessuto neoformato sufficiente nutrizione, cosicchè anche il tessuto epiteliale, sebbene al disotto abbia una notevole infiltrazione, nullameno può conservarsi.

Le ulcerazioni che si formano nelle mucose in questi casi sono ad ascriversi ad altre cause flogistiche, le quali molto probabilmente, agendo sn questa mucosa così alterata, puossi avere l'esito di una più o meno estesa necrosi del tessuto, e quindi consecutiva ulcerazione.

Non tutte le alterazioni anatomiche che si osservano nella laringe sono da ascriversi all'infiltrazione leprosa; ve ne sono altre le quali sono secondarie a questo processo, e dipendenti da

lesioni nutritive che avvengono nei diversi tessuti. Così ad esempio l'apparato glandolare viene degenerato ed atrofizzato per la compressione che vi determina il granuloma. Per la stessa cagione degenerano e scompaiono i tubi nervosi che si osservano nelle ramificazioni dei laringei nella mucosa.

Inoltre, l'ipertrofia e l'irrigidimento delle fibre connettive è pure un fatto secondario, dipendente da alterazioni nutritive che susseguono la lesione leprosa della parte, specialmente per la stasi linfatica che vi si produce e per l'impicciolimento dei vasi in seguito all'infiltrazione leprosa delle tuniche vasali.

Infine è necessario che ricordi come fatto secondario la neoformazione atipica epiteliale, che abbiamo osservata nella parte superiore dell'epiglottide, rappresentata da quei zaffi che si approfondavano nel tessuto mucoso notevolmente infiltrato, i quali rammentano quelle atipiche formazioni epiteliali che si osservano in altri granulomi infettivi, come ad esempio nella tubercolosi.

Se dalle osservazioni anatomiche vogliamo passare a ricostruire la funzionalità di tali laringi, noi facilmente possiamo rifare tutta la sindrome fenomenologica e clinica che ho esposto sul principio di questo lavoro.

L'infiltrazione diffusa dà il ristringimento del lume e le sue irregolarità di superficie, così da costituire rialzi e rientramenti che si osservano nella parte maggiormente affetta, cioè nell'epiglottide: l'atrofia e scomparsa del tessuto glandulare dà ragione della secchezza anormale che presenta la mucosa: la compressione dei vasi e la povertà di questi nel granuloma, dànno il colorito pallido della parte, e l'infiltrazione e parziale atrofia dei fascetti muscolari, unita all'alterazione dei rametti nervosi, spiegano il perchè nelle laringi affette da lepra, si osserva sempre in maggiore o minor grado, deficienza dell'azione muscolare, e pei nervi sensitivi la diminuzione della sensibilità.

Ed ora dovrei parlare della cura della lepra laringea. Come facilmente si comprende, la terapia è legata intimamente colla natura del processo generale, e non essendo questo suscettibile di guarigione completa e radicale, almeno oggi cogli ordinari mezzi di cura fa mestieri limitare il nostro compito alla cura sintomatica.

Dal lavoro ultimo di Danielsen che ha fatto per circa 22 anni lunghe osservazioni sulla cura della lepra, specialmente sugli ammalati dello Spedalsked, sappiamo che egli è venuto nella convinzione, dopo avere operato molti mezzi curativi, che *il migliore agente terapico nella lepra è l'igiene perfetta e benintesa.* A comprova del suo asserto riferisce le risultanze del suo metodo curativo sopra 294 leprosi. In questi ebbe 47 guarigioni, e 30 ammalati molto migliorati.

Senza entrare in merito alle diverse misure igieniche, che sono necessarie nella cura di questo morbo, riguardanti la qualità del vitto, delle abitazioni, del suolo, del clima ecc., non che come giustamente osserva il Prof. CAMPANA (1) far ricordare a tali infermi il precetto del MANTEGAZZA « *amare e non procreare* » e senza egualmente parlare dei compensi terapeutici adoprati, quali gli iodici, i ferrugginosi, l'acido fenico, l'arsenico, l'olio di ginocardio, i quali hanno sulla lepra un' efficacia molto discutibile, dirò solo due parole della terapia della lepra laringea. In questa pure le misure igieniche, specialmente quelle che riguardano l'ambiente in cui debbono vivere cotesti ammalati, devono avere uno speciale riguardo, stantechè un' aria troppo secca ed asciutta e poco ozonica, può essere essa stessa cagione di disturbi nell' organo vocale, e molto più quando il laringe è leso profondamente dal processo leproso.

La cura locale si limiterà a modificare quei sintomi che per avventura prendono una speciale prevalenza sugli altri, e fossero capaci di disturbare la già abbastanza triste esistenza di questi poveri infermi.

Cosicchè tali ammalati, come dicemmo, essendo presi di frequente da un senso di prurito, da continuo vellicamento nella gola, da difficoltà nell'espuire le scarse mucosità che ivi si formano, il senso di bruciore che costantemente si accompagna a questi disturbi, gioveranno moltissimo le polverizzazioni con un grosso nefogeno (Spray alla Lister) di una soluzione tiepida, alcalina (Idroclorato d' Ammoniaca, Bicarbonato di Soda) o di soluzioni sedative, aggiungendovi del Laudano, o pochi centigrammi di Idroclorato di Morfina. Con tali mezzi si raggiunge il doppio scopo, di lubrificare ed umettare la gola, già molto riarsa, e fluidificare il secreto catarrale, onde venga facilmente espulso. Furono indicate anche polverizzazioni con liquidi antisettici, con a capo l'acido fenico, ma con poco vantaggio.

L'ELSBERG di New-York consiglia (2) le pennellature, dirette, con iodoformio sciolto nell' etere, ovvero usando questo farmaco in polvere per insufflazioni. Abbiamo avuto occasione di provare di nuovo tale pratica, ma conviene il dirlo, che malgrado i nostri sforzi e la nostra assiduità, il morbo sfortunatamente svolgeva i suoi tristi effetti senza modificarsi per nulla.

Però se vi esistono perdite di sostanza e questo non potemmo mai osservare negli infermi della Clinica, allora non vi ha cosa

(1) Loc. cit.
(2) Loc. cit.

migliore, che ricorrere alle polverizzazioni fenicate e alle insufflazioni di polvere iodoformica, essendochè con queste possiamo disinfettare le superficie ulcerate, ed eliminare da queste la presenza di detritus od elementi in disfacimento non che di spargere sulla parte una polvere protettiva, che salvaguardi il più che è possibile l'ulcera dal contatto diretto degli sputi.

Quando poi l'infiltrazione notevole della mucosa prendendo sempre più proporzioni maggiori arreca disturbi al respiro, cioè insorge laringostenosi grave, allora ritengo opportuno come primo tentativo ricorrere al *tubage*, come di recente ha di nuovo consigliato il Macwen nel croup, quantunque in questo caso non vi trovi logica applicazione, mentre nella laringostenosi leprosa ritengo che usato, debba dare risultati vantaggiosi. Dopo di questo, se l'esito fosse negativo, non vi ha di meglio che ricorrere alla tracheotomia.

Genova — Gennajo 1885.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

HOFMANN. *I tumori papillari della mucosa nasale.* (*Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut*).

Dopo una corizza cronica, diffusa fino alla porzione faringea delle fosse nasali, si riscontrano talvolta — nel meato inferiore— eminenze papillari più o meno accentuate. Talvolta il loro rilievo è ben poco considerevole, ed esse non determinano che un semplice catarro secco. La secrezione mucosa spesso è addensata in forma di croste: in alcuni casi v' ha uno scolo purulento. La mucosa è rossa, infiammata, scabra, ammantata di piccole eminenze papillari, che l' esplorazione — fatta con la sonda — fa facilmente rilevare. La rinoscopia anteriore fa accertare direttamente le lesioni. Raramente si tratta di veri papillomi, ben distinti fra di loro e peduncolati. Queste produzioni risiedono a preferenza nei due terzi anteriori della concavità del cornetto inferiore. L'esame con lo speculo nasale del DUPLAY le fa agevolmente scorgere.

Per il loro aspetto e la loro struttura, essi differiscono completamente dai polipi mucosi, che risiedono a preferenza nel meato medio.

I polipi mucosi sono fibromi edematosi, nei quali il tessuto connetivo costituisce il nucleo per così dire, giacchè l'epitelio vi è scarsamente rappresentato. Ma, lo stesso non può dirsi di questi papillomi, giacchè in essi si riscontrano cavità cistiche di origine glandolare, rivestite di epitelio. Alcuni sono veri epiteliomi papillari, veri adenomi.

La pregressa esistenza del catarro naso-faringeo è il carattere peculiare della loro etiologia e patogenesi.

Per la cura, l'A. propone una pinza galvanocaustica, la quale permetterebbe di distruggerli rapidamente, senza il pericolo delle emorragie. (*Schmidt's Jahrbücher*)

A DE BLOIS. *Difteria nasale* (*Nasal diphteria*).

Secondo l'A., la difteria nasale *primitiva* e *localizzata* è una forma patologica abbastanza frequente, la quale si riscontra soprattutto nei bambini, ed è notevole pel suo inizio subdolo, senza

prodromi e quasi senza alcun fenomeno generale; l'unico sintoma è uno scolo nasale pure abbondante , al principio acquoso , ma poscia purulento od anche sanguinolento e molto fetido. Se si esamina l'infermo, si trova che la mucosa nasale è rossa e tappezzata di placche bianche molto aderenti , che non tardano a confluire ed invadere tutta la superficie interna delle narici sino all'orificio anteriore. L'ingorgo ganglionare è scarso. Non si osservano altri disturbi funzionali se non nella respirazione, e talvolta accessi dispnoici che sembrano dovuti ad uno spasmo della laringe. Nella maggior parte dei casi , il processo resta limitato alle fosse nasali, e decorre spontaneamente verso la guarigione, dopo otto o dieci giorni. Altre volte , esso passa allo stato cronico , e può persistere per parecchie settimane , senza grande pericolo per l'infermo; in fine, di rado la difteria continua il suo decorso invadente, e guadagnando la faringe, la laringe e la trachea diviene rapidamente fatale. Secondo l'A., questi casi gravi sono eccezionali, e la difteria nasale primitiva in complesso sarebbe un'affezione benigna ; qualche volta essa è seguita da paralisi diffusa. Il trattamento consiste nel praticare iniezioni antisettiche e detersive, associate ad un regime tonico.

(*The Lancet*)

P. Thornton. *Un caso di fistola laringea completa, elettrolisi, cura.*
(*Case of complete laryngeal fistula, electrolysis, cure*).

Una donna a 38 anni fu affetta da fistola in seguito ad un tumore cervicale, che essa crede essere stato diagnosticato come cisti e non come ascesso. Le iniezioni jodate, fatte dopo l'incisione, si infiltravano fin nella gola, e l'inferma le sentiva. Una sonda introdotta dall'orificio esterno perveniva fin nella laringe. L'esame collo specchio laringeo mostrava nella fossa innominata una gocciolina di pus , che usciva da un piccolo orificio. Le iniezioni fenicate determinarono la cicatrizzazione dell'orificio interno. Ma la fistola così trasformata resisteva a qualsiasi cura. Fu fatto il recentamento con la riunione dei bordi, la fistola s'ingrandì ; si cercò di stimolare il tragitto mercè un tubo da drenaggio a persistenza , ma tutto invano. L'A. tentò allora le cauterizzazioni con l'elettrolisi, ed ottenne una guarigione completa. Egli non indica se si trattava di una fistola bronchiale.

(*The Lancet*)

SCHECH. *Contribuzione alla Etiologia delle paralisi laringee. (Zur Aetiologie der Kehlkopflähmungen).*

Gli autori sono molto riservati nell'ammettere una paralisi del nervo ricorrente, di origine reumatica. SCHECH per 12 anni è stato anche molto scettico sul riguardo. Ma alcuni casi da lui osservati ulteriormente lo hanno indotto a modificare le sue opinioni. Ne riassumeremo qui alcuni.

Un individuo che a corpo estuante e mezzo nudo si era affacciato alla finestra, fu colpito da un brivido; alcuni minuti dopo, la sua voce era alterata, ed al laringoscopio fu accertata una paralisi del ricorrente destro. Come è agevole scorgere, in ciò si tratta di un caso davvero fulminante. Una cura elettrica di alcune settimane determinò la guarigione.

Una donna avendo bevuto acqua fredda, sentì che la sua voce divenne rauca. All'esame col laringoscopio si riscontrò una paralisi del ricorrente destro ed una paresi dei dilatatori e costrittori sinistri. Un esame reiterato non potette far constatare nessuna compressione. Siccome dopo 4 settimane l'elettricità non aveva prodotto alcun giovamento, l'inferma perdette la pazienza e non ritornò più.

Questi casi appartengono alle «paralisi reumatiche dirette» di GERHARDT; in essi il nervo viene colpito primitivamente. Nella forma reumatica catarrale, che è molto più frequente, la lesione attacca dapprima la mucosa; la paralisi è secondaria. Nel primo caso si ha la forma neuropatica, nel secondo quella miopatica (miosite, imbibizione sierosa, degenerazione adiposa, ecc.).

Un giovane a 18 anni era affetto da laringite acuta con afonia, che scomparve a poco a poco, tuttochè l'infermo dava parecchie ore di lezione al giorno; ma la voce restò rauca. L'esame laringoscopico fece rilevare le seguenti alterazioni: iperemia della mucosa, posizione cadaverica ed immobilità assoluta della corda destra escavata, traccie di contrazioni nel ligamento ari-epiglottico destro e paresi del tiro-aritenoideo interno sinistro. Guarigione completa dopo 15 giorni di cura con l'elettricità.

Secondo l'A., qui la laringite acuta era il momento etiologico primario della paralisi. La causa che dapprima era catarrale-reumatica, in seguito divenne traumatica (sforzi vocali).

L'A. riferisce anche un caso di un'affezione rara: paralisi intermittente di origine palustre.

L'infermo, i cui accessi erano divenuti irregolari e refrattari,

presentava subito dopo un forte ingorgo. L'esame faceva accertare una paralisi del tensore delle corde, la quale scompariva con l'elettricità. Una volta, siccome un giorno dopo l'accesso l'infermo non potette recarsi da SCHECH, fu facile scorgere che la paralisi aveva tendenza a persistere, giacchè essa cedette soltanto nel giorno in cui egli potette farsi elettrizzare. (1)

L'A. descrive pure un caso di paralisi del ricorrente destro e di paresi del sinistro, di origine indubbiamente spinale (ci erano stati sintomi di meningite o di emorragia spinale). In un altro caso, circa la causa della malattia bisognava ammettere la febbre intermittente (da cui era stato colpito l'infermo) ovvero un intossicazione rameica (egli dirigeva una fabbrica di rame). D'altronde, la guarigione fu completa; ma mentre la corda sinistra riprese i suoi movimenti normali dopo nove giorni, quella destra cominciò a perdere la sua posizione cadaverica dopo un mese.

L'A. termina l'articolo con alcune osservazioni sulla cura elettrica delle paralisi gravi, specie di quelle del ricorrente. L'applicazione cutanea si è sempre mostrata insufficiente; e quindi comincia immediatamente dalla via endolaringea. Ottiene i migliori risultati con l'uso alternativo delle due specie di corrente. — Applica il polo positivo sotto forma di spugna sopra i corni inferiori della tiroide del lato infermo, ed il polo negativo nel corrispondente seno piriforme e sui punti irritabili dei muscoli infermi. La corrente dovrà essere abbastanza intensa, per far contrarre l'orbicolare boccale. Alla fine della seduta, egli produce alcune contrazioni forti oppure muta la corrente. Nelle paralisi spinali, applica il polo positivo sulle vertebre cervicali, ed al metodo endolaringeo associa la galvanizzazione discendente e trasversale della midolla. Naturalmente, nelle compressioni e nelle lesioni centrali, si astiene da qualsiasi cura locale.

(Schmidt's Jahrbücher)

LÜNING. *Stenosi laringee e tracheali nel corso del tifo addominale e loro trattamento chirurgico.*
(Die Laryngo—und Tracheostenosen im Verlaufe des Abdominal-Typhus und ihre chirurgische Behandlung).

L'edema della glottide, segnalato per la prima volta da BAYLE

---

(1) Noi, malgrado la eloquenza dei fatti, ci permettiamo restare scettici, come lo è stato per tanto tempo SCHECH. In una rivista, ci limitiamo a narrare le opinioni altrui; pure il momento verrà di esprimere la nostra su tale riguardo, e soprattutto discutere se vi siano eccezioni, e quali esse siano. R.

(1808) nel corso di certe febbri gravi, fu nettamente collegato da Rokitansky nel 1842 alla febbre tifoide. Lüning ha raccolto 200 casi di questo genere, ed in base a tale statistica fa la storia di questa complicazione.

Dal punto di vista patogenico, le complicazioni laringo-tracheali della febbre tifoide non rispondono ad un'alterazione anatomica costante. Così per es. su 125 autopsie, Lüning trovò:

9 casi di edema semplice;

4 ascessi della mucosa;

7 ulcerazioni della mucosa o delle parti molli;

2 ulcerazioni che avevano denudata la cartilagine senza distruggere il pericondrio;

7 ascessi di origine pericondrica che avevano denudate ma non distrutte le cartilagini;

59 pericondriti suppurate con necrosi delle cartilagini (44 volte della cricoide, 26 volte dell'aritenoide, 10 volte della tiroide);

17 casi di crup o di difterite;

4 casi di gangrena;

1 paralisi del ricorrente;

3 casi di asfissia da tiroidite;

2 casi di asfissia da ascessi circonvicini.

La pericondrite suppurata è, quindi, la lesione più frequente; essa si rinviene in tutte le cartilagini, tranne sull'epiglottide. Esordisce il più delle volte dalle cartilagini aritenoidi, e di là si estende alle altre cartilagini, il che spiega perchè le ulcerazioni tifoidi della laringe si rinvengono il più delle volte sulle corde vocali.

Dal punto di vista della sintomatologia e della diagnosi, l'A. dice che il decorso è generalmente muto, subdulo di queste complicazioni. L'infermo prostrato dallo stupore tifoso, non accusa — in generale — fra i suoi lamenti vaghi nessun fenomeno speciale da parte della laringe, e reagisce tanto debolmente, che soltanto quando la distruzione delle cartilagini è già inoltrata, sorgono inopinatamente accidenti acuti di edema della glottide, i quali rendono urgente la tracheotomia. E spesso la diagnosi viene fatta soltanto dopo la morte. Talvolta è stata osservata la espulsione di muco sanguinolento, di conglomerati purulenti, ed in alcuni casi anche di detriti di cartilagine.

La laringite difterica esordisce alla fine del secondo o al principio del terzo settenario; essa è rapidamente mortale, e la tracheotomia il più delle volte è inutile, perchè le pseudo-membrane si estendono nei bronchi.

La prognosi è molto grave: 4 guarigioni su 52 non operati (7,6 °|₀); 70 guarigioni su 147 tracheotomizzati (48 °|₀).

La tracheotomia è il solo trattamento efficace delle complicazioni laringee della febbre tifoide; essa deve essere precoce. Le applicazioni topiche, i rivulsivi, gli emetici, il cateterismo sono più nocivi che utili, e fanno perdere un tempo prezioso. Ordinariamente dopo la tracheotomia si verificano retrazioni laringee cicatriziali, che impediscono di ritirare la cannula. Intanto, fra i casi raccolti da Lüning ve ne sono 5, nei quali gli operati dopo un elasso di tempo, che varia da 7 mesi a 6 anni, potettero fare a meno della cannula. *(Virchow's Jahresberichte).*

Hahn. *Sulla estirpazione della laringe nel carcinoma. (Ueber Kehlkopfsexstirpation bei Carcinom).*

L'A. ha comunicato al congresso di Chirurgia 5 osservazioni personali ed inedite di estirpazione della laringe, tre delle quali erano totali (in individui di 43, 48 e 58 anni). Di questi tre operati, due nei quali si dovettero asportare una porzione dell'esofago ed i limitrofi gangli linfatici sono morti (l'uno nella 4ª e l'altro nella 5ª settimana di bronco-pulmonite), mentre il terzo guarì. Le due estirpazioni di una metà della laringe, per carcinoma, — una tre anni e mezzo or sono in un vecchio a 67 anni, e l'altro nove mesi fa in un individuo a 54 anni — non hanno presentato fin'oggi alcuna recidiva. — Hahn ha presentato questi tre operati: Il primo, quello che ha subito l'estirpazione totale, porta una laringe artificiale di Gussenbauer (con la quale può farsi intendere facilmente e senza alcuno sforzo penoso), che Hahn ha modificato nel senso di impedire la penetrazione dei liquidi nella trachea. Gli altri due operati portano semplici cannule, aperte in alto, e si fanno capire tanto bene, che finora hanno ricusato di lasciar chiudere le loro ferite, tuttochè ciò non avrebbe apportato alcun disturbo respiratorio.

I pezzi anatomici presentati al Congresso giustificano le tre estirpazioni totali, praticate da Hahn. Questi spera con la sua comunicazione di fare abrogare il verdetto di condanna, sancito nel sesto Congresso internazionale medico, contro la estirpazione della laringe. Egli crede che le sue osservazioni e la statistica dei fatti pubblicati finora dimostreranno che fa d'uopo — quando è possibile — di non estirpare che una metà della laringe, perchè questa operazione è notevolmente meno pericolosa della estirpazione totale (su 52 estirpazioni totale 24 morti dopo l'operazione, sopra 12 estirpazioni parziali 1 morto). Le recidive che si hanno dopo la semi-estirpazione non sono punto più frequenti di quelle dopo la estirpazione totale; — in fine, lo stato funzionale è notevole, perchè nella maggior parte dei casi. gli operati possono

fare a meno della canula. Per il tamponamento, Hahn si serve di una cannula speciale, la cui estremità inferiore è circondata da una spugna preparata.

L'operazione incomincia colla divisione mediana della laringe; indi si estirpa la metà o la totalità dell'organo, procedendo dall'alto in basso o dal basso in alto.

(Virchow's Jahresberichte).

Lublinski. *Stenosi sifilitiche della faringe. (Syphilitische Pharynxstricturen).*

Le stenosi sifilitiche della laringe sono sempre cagionate dalla retrazione cicatriziale di ulcerazioni. Esse non si sviluppano che molti anni dopo l'infezione, e sono sempre precedute da manifestazioni faringee specifiche, che hanno recidivato un gran numero di volte, malgrado tutte le cure possibili.

La stenosi può risiedere sia nella porzione alta della faringe, sia presso il laringe, o contemporaneamente in amendue i punti.

Le stenosi della porzione superiore provvengono da ulcerazioni della parete posteriore della faringe o del velo pendolo, e sovente non è possibile scorgerle senza il rinoscopio; tuttavia si potrà presumerne l'esistenza, quando l'esame ordinario della gola non fa constatare nè ulcerazioni nè paralisi palatina, che spieghino i violenti dolori prodotti durante la deglutizione, il riflesso dei liquidi dal naso e la rinofonia.

Se le lesioni sono abbandonate a sè stesse, si produce sia una perforazione del velo pendolo, sia aderenze parziali o totali. Nei casi di aderenze parziali, sono sopratutto gli archi faringopalatini o l'ugola e la corrispettiva porzione del velo pendolo che aderiscono alla parete posteriore della faringe. L'unico sintomo è allora costituito da un timbro nasale molto accentuato della voce.

Non appena la più gran parte della faccia posteriore del velopendolo si è saldata sulla parete faringea, i disturbi morbosi divengono considerevoli. Gl'infermi inghiottono di traverso, e non possono dormire senza russare orribilmente.

L'operazione è giustificata, tuttochè con essa si rimedia alla rinofonia solo incompletamente. L'A. l'ha praticata 12 volte con buoni risultati; una sola volta — in un caso di sifilide ereditaria — le aderenze si sono riprodotte. Ecco come procede:

Egli introduce nel naso una sonda, che spinge contro il suo dito, che sta nella gola. Non appena ha trovato il punto meno resistente, pratica — a questo livello — un'incisione di 1-1[2 ctm., nella quale immette ogni volta una candeletta, che lascia stare ivi a persistenza.

Le stenosi della porzione inferiore della faringe sono molto più rare. Ai 19 casi pubblicati fin ora, LUBLINSKI ne aggiunge altri 3.

Si tratta sempre di una neomembrana cicatriziale, che si estende dalla base della lingua fino alle pareti posteriori e laterali della faringe. Questa membrana presso il suo centro o la periferia presenta l'orificio di comunicazione con gli organi profondi (laringe ed esofago). — L'intensità dei fenomeni morbosi da parte della deglutizione e della respirazione è in rapporto diretto con la strettezza dell'orificio. Nel caso narrato da OERTEL, l'apertura era pervia appena ad una capocchia di spillo, in quello riferito da SCHROETTER era pervia all'indice.

La tracheotomia, tuttochè sia indispensabile in talune circostanze, non deve essere praticata se non in caso di necessità urgente, giacchè la pressione della cannula sopra una mucosa già disposta ad ulcerarsi non è punto un fatto indifferente.

La presenza dell'afonia non indica assolutamente una lesione laringea.

Oltre la cura preventiva, non resta altro che incidere la membrana, spalmare le labbra della ferita con una soluzione di nitrato di argento, ed introdurre poscia cateteri.

Virchow's Jahresberichte.

VARIA

Anche quest'anno la Giunta del Consiglio Superiore ha concesso al nostro Giornale, a titolo d'incoraggiamento, la somma di L. 200, e noi siamo orgogliosi di pubblicarlo e render grazie agli eminenti uomini che compongono la Giunta, perchè il premio ottenuto aumenta in noi la fede del lavoro, e ci assicura che la via che battiamo è la giusta.

L' egregio Dottore ORIGENE MASINI, nostro carissimo amico e solerte collaboratore di questo periodico, è stato testè nominato Professore pareggiato di Laringoiatria nell' Università di Genova. Oltre i meriti che già lo distinguevano, sopratutto pei molti lavori pubblicati, egli ha sostenuto gli esami con grande onore. La sua Lezione di prova ha avuto per tema i *Polipi Laringei*, ed egli lo ha svolto con somma perizia, rivelando ad un tempo la dottrina e la pratica, che possiede in questa branca speciale delle mediche discipline.

Nel dare questa notizia ai nostri lettori, noi siamo sicuri che essi, come amatori della Scienza medica ed in ispecie della Laringoiatria, ne proveranno piacere ed insieme a noi si congratuleranno di tutto cuore col Prof. MASINI del titolo che gli è stato conferito dopo una prova, che torna a suo massimo onore.

Nell' anno 1887 sarà tenuta a Washington la nona sessione del Congresso Medico Internazionale. È stato già pubblicato un opuscolo riguardante le regole e l' organizzazione preliminare. Fra le 19 sezioni va compresa anche quella di Laringologia, presidente GIORGIO M. LEFFERTS di New-York.

Ci auguriamo fin da ora che l' Italia, nella nostra branca prediletta, come nelle altre sia ben rappresentata, a suo decoro e lustro; ma non possiamo sconfessare che la distanza tratterrà molti che volentieri accorrerebbero a quella palestra scientifica.

Nel p. v. Settembre avrà luogo in Perugia la XI^a generale riunione dell' Associazione Medica Italiana.

Dal Consiglio Direttivo si fa caldo appello all' amore che si professa per il decoro ed incremento della Medicina Italiana, perchè si concorra con numerose adesioni e partecipazioni al detto Congresso.

Ci saranno sezioni per tutto le branche della medicina, e durante quel tempo sarà aperta anche una Esposizione di oggetti e di pubblicazioni attenenti ai diversi rami della medicina.

Riguardo alla citata Esposizione, ci giunge un avviso, che pubblichiamo integralmente come segue:

In occasione dell'XI Congresso dell'Associazione medica italiana, il quale sarà convocato in Perugia nel mese di settembre 1885, avrà luogo nella stessa città un' Esposizione di oggetti riferibili alle arti salutari.

La Commissione ordinatrice, a tal fine nominata, fa caldo appello a tutti coloro cui possa interessare, di prender parte all' Esposizione suddetta, che sarà divisa nelle seguenti sezioni:

1. Istrumenti chirurgici. — 2. Protesi chirurgica. — 3. Materiali ad uso medico e chirurgico. — 4. Macchine ed apparecchi di fisica applicata alla medicina. — 5. Prodotti ed apparecchi chimici e farmaceutici. — 6. Preparazioni anatomiche, macroscopiche e microscopiche, normali e patologiche, modelli. — 7. Materiale ospedaliero. — 8. Libri didattici ed altri interessanti le discipline mediche.

Per dimande e schiarimenti, rivolgersi alla Commissione ordinatrice dell' Esposizione medica in Perugia.

Dalla Società Francese d'Otologia e di Laringologia riceviamo, con preghiera d' inserzione, il seguente avviso.

Parigi 25 Maggio 1885

Carissimo ed onorevole Collega

Il Comitato della Società Francese d' Otologia e di Laringologia ha deciso:

1.° Di fissare la prima seduta della Sessione Generale annuale pel martedì della settimana di Pasqua dalle 8 alle 11 p. m., la seconda e la terza pel venerdì e giovedì dalle 9 a. m. a mezzogiorno, ed il banchetto per giovedì sera alle ore 7.

2.° Di mettere allo studio per la Sessione Generale dell' anno 1886, le due seguenti questioni:

A) Trattamento della suppurazione della Cassa del timpano.

B) Trattamento locale della tubercolosi laringea (periodo ulceroso) coi mezzi chirurgici.

3.° Di rammentare ai Signori Membri della Società l' Art. 10 § 11 del Regolamento, così concepito e modificato:

« *Il manoscritto di ciascuna memoria presentata o letta nella seduta della Sessione Generale sarà scritto in francese e non potrà eccedere dieci pagine del Bollettino della Società* ».

I Signori Membri della Società sono pregati d' indirizzarle e loro memorie e corrispondenze al Segretario del Comitato per l' anno 1885-1886, Sig. Dott. Moura, 37 *Chaussée d'Antin*; e la loro quota al Tesoriere, Sig. Dott. Méniere, 8 *Boulevard des Capucines* (giammai al Segretario) al fine d' evitare in seguito errori.

Il Comitato prega i Signori Membri della Società di voler anche dare il loro parere al più presto possibile, se abbia a preferirsi il mese di Settembre o il mese di d'Ottobre per la Sessione ordinaria prossima.

Per il Comitato

Il Segretario — Dott. Moura

Il presente numero contiene pagine 8 in più, che saranno date in meno in quello prossimo di Ottobre.

LIBRI VENUTI IN DONO

Di Lorenzo e Ciaramelli. — Sala Clinica Dermo-Sifilopatica nello stabilimento dell' Annunziata di Napoli. — Nuovo resoconto statistico Sanitario. Napoli, 1885.

Amalfi G. — Gli oppiacei nel Colera ed un' ipotesi (Epidemia di Napoli del 1884) Napoli, 1885.

Masini O. — Il bacillo di Koch nella diagnosi della tubercolosi laringea. Milano. 1885.

Manfredonia Dott. **G.** — Sul Cholerà Morbus infierito in Napoli nel 1884. Napoli, 1885.

Morisani Prof. **O.** — Sunto della statistica di 50 donne operate di fistole uro-genitali. Napoli, 1885.

Fasano Prof. **A.** — Storia ed importanza dell' aeroterapia in Medicina. Prelezione Inaugurale. Torino, 1885.

Strümpell — Trattato di Patologia speciale medica e Terapia. Trad. del P. A. **Scambelluri.** Vol. 4° fol. 7. F. Vallardi Editore.

Bertè Prof. **F.** — L' Istituto Anatomico di Catania nel triennio scolastico 1885-84. Relazione. Catania 1885.

Biondi Prof. **A** — Contribuzione alla Casistica delle malattie nervose. Napoli, 1885.

Ramon de la Sota y Lastra. — Extirpacion de un polipo laringeo realizado con gran facilidad, despues de la aplicacion de la cocaina. Revista de Medicina y Cirugia Practicas. Madrid, 1885.

Duhourcau Dott. — Le Peronospora Ferrani agent infectieux du Cholera et la Vaccination cholerique. — Toulouse 1885.

Montefusco e **Bifulco.** — Sulla termometria nella paralisi progressiva generale, Napoli 1885.

Trombetta Prof. **F.** — Contribuzione alla Patologia e Terapia del tenue e del grosso intestino. Messina, 1885.

— Di un nuovo metodo di rinoplastia parziale e di una nuova modificazione all' operazione di Gritti, eseguiti sullo stesso individuo con ottimo risultato. Napoli, 1885.

Cozzolino Prof. **V.** — Trois communications faites au III Congrès Otologique International a Bâle. Bâle, 1885.

Ria Prof. **G.** — Alcune lezioni di Clinica medica. Napoli, 1884.

Victor R. v. Itacker. — Guida al trattamento antisettico delle soluzioni di continuo secondo il metodo in uso nella Clinica del Prof. Billroth, compilata per i medici e gli studenti. Seconda Edizione Tedesca tradotta ed annotata dal Dott. Antonio Fibri. Presso il Dott. Vincenzo Pasquale, Editore. Libreria di Scienze mediche e naturali, R. Università. Napoli 1885. Prezzo L. 1,50.

Rainone Dott. **Ercole.** — Contributo alla Terapia della difterite. Roma 1885.

Gleitsmann J. **W.** — Laryngeal hemorrhage. New-York, 1885.

Somma Dott. **G.** — Contributo alla cura chirurgica della spina bifida Napoli, 1885.

Piccoli Dott. **G.** — L'acido fenico nella difteria. Napoli 1883.
— Sei pustole maligne sviluppatesi successivamente in cinque giorni al braccio dello stesso individuo. Napoli, 1884.

Romanelli Prof. **L.** — Statistica dell' ospedale di S. Eligio per l'anno 1884, Napoli, 1885.

Grazzi Prof. **V.** — L'otalgia. Forlì, 1885.

Strumpell. — Trattato di Patologia speciale medica e Terapia. Vol. II. Fasc. 8 presso F. Vallardi. Napoli, 70 Montoliveto.

Mackenzie Prof. **M.** — Hay fever. Its Etiology and Treatment with an appendix on rose cold. 3.° Edition. London, 1885.

Bullettins et Memoires de la Société Francaise d'Otologie et de Laryngologie. Tome II. Fascicule I. — Paris, 1885.

Mannino Dott. **Lorenzo** — Due osservazioni cliniche da servire per la nuova teoria eziologica del Lupus. Napoli 1885.

Fischer Dott. **Franz.** — Laryngologische Mittheilungen I Zur Beleuchtung der Pathogenese des tuberkulosen Prozesses im Larynx — II. Zur doppalseitigen myopathischen Paralysen der Glottiserweiterer. Wien, 1885.

Bresgen. — Patologia del cosidetto catarro cronico nasale e faringeo. Napoli, 1885.

De Dominicis Prof. **N.** — Anomalie della digestione nell'uomo. Napoli, 1885.

NOZIONI ELEMENTARI DI AEROTERAPIA

pel Prof. F. MASSEI.

Alcuni abbonati di Provincia mi hanno fatto istanze perchè intorno all'*aeroterapia*, a questo mezzo terapeutico che occupa tuttora una posizione ibrida nella scienza, scrivessi qualche cosa ; e poichè il loro desiderio mi è sembrato giusto, eccomi a contentarli.

Il còmpito però sarebbe stato per me non lieve , se già non avessi tentato la prova sin dal 1878 , quando pel *Dizionario Medico annesso al Nuovo Giornale internazionale delle Scienze mediche* compilai un breve articolo. Anzi , poichè questi *alcuni*, egregi amici miei, mi chiedono, abbastanza esplicitamente, le cose principali, io ho pensato riprodurre quel mio lavoretto, con note, aggiunte ed illustrazioni, come d'ordinario si suole, e come 7 anni di intervallo reclamano. Ma tengo a dichiarare in questo *proemio* alla 2ª edizione, che rispettandone il titolo, io sarò più storiografo, che critico. Tanto più che l'aeroterapia non gode le simpatie della maggioranza, e per demolire tante prevenzioni, ci vorrebbe una lena ed un'abilità che mi mancano del tutto. Non posso però tacere che scrivendo ancora di *aeroterapia*, ciò vuol dire che io sono pienamente convinto come il tempo sarà per renderle piena giustizia, e che molti degli *oppositori* finiranno per schierarsi nelle fila dei *fautori*.

INTRODUZIONE

Per *aeroterapia* s'intende l'applicazione terapeutica delle oscillazioni della pressione atmosferica a parecchie malattie locali e generali. Codesta classica indicazione fu raggiunta in tempi più antichi con la stazione nei *climi elevati*, ed in epoca più recente coi *gabinetti pneumatici*. Grazie alla stazione nei climi elevati , gl' infermi vivono per settimane o per mesi in un'aria rarefatta; grazie ai gabinetti pneumatici, restano immersi per qualche ora nell'aria compressa. L' azione dell'aria rarefatta, che è possibile avere nelle stesse *camere pneumatiche*, non è ancora studiata.

Se non che, lo svantaggio che il paziente prova nel restare in un ambiente ove le modificazioni della pressione si esercitano, come nei gabinetti pneumatici, tanto sulla esterna superficie del corpo, quanto sulla interna degli organi, suggerì l'idea di costruire speciali apparecchi mediante i quali la esterna superficie si sottraesse all' influenza dell' aumentata o diminuita pressione; laonde ebbero vita i così detti *apparecchi pneumatici trasportabili*, facili ad usarsi, accessibili a tutte le borse.

Noi dunque possiamo dividere codesto studio in 3 parti:

1. sguardo ai gabinetti ed agli apparecchi pneumatici;
2. azione fisiologica delle modificazioni della pressione;
3. applicazioni pratiche.

I. Apparecchi.

a) I primi tentativi di apparecchi per aeroterapia si attribuiscono ad un tale Henshaw, Inglese, sin dal 1604. Dopo due secoli di silenzio, non fu prima del 1832 che Junod propose, e Tabarié introdusse i così detti *bagni di aria compressa.* I *gabinetti pneumatici* dunque sono di data anteriore agli *apparecchi trasportabili*, e per il loro prezzo elevato non allignarono che nei grandi centri, le principali città della Germania, dell' Inghilterra e della Francia. Oggi in Italia dopo Milano, Napoli per il buon volere e per la valentia del Dott. Guariglia possiede una camera pneumatica assai perfetta che funziona da un pezzo. Le camere pneumatiche hanno solide pareti di ferro: la esterna superficie rappresenta la sezione di un cilindro, l'asse del quale è orizzontale, essendo così egualmente distribuita la forte pressione a cui sottostanno, mentre internamente sono tappezzate con un lusso più o men grande, e rappresentano un elegante gabinetto ove seggono comodamente, sopra appositi sofà, quattro persone. Vi ha un campanello elettrico ed un telefono mediante i quali il paziente comunica col medico assistente; un tubo metallico crivellato sottilmente da fori e per cui viene aspirato l' acido carbonico esalato, un pavimento di legno spaziato, da sotto al quale un tubo lascia penetrare l'aria compressa da uno stantuffo, messo in movimento da una macchina a vapore. L' aria destinata alla camera, attraversando filtri di cotone, per essere depurata, e tubi molteplici riempiti di acqua calda o fresca (stufe — refrigeranti), viene a talento riscaldata o raffreddata; e il grado di temperatura, come quello di pressione si leggono benissimo, gli uni sul termometro, gli altri sul manometro che con complicato congegno sono congiunti in un quadro regolatore autonomo, a cui diligentemente deve badare il medico assistente. Anzi, oggi, in

virtù di un perfettissimo congegno, sul quadro vi ha un indice il quale permette, essendo fissato ad un punto voluto, che la pressione si mantenga costante e così come la si desidera.

Al gabinetto si accede per un vestibolo che fa parte della camera e nel quale vi sono due rubinetti: uno che comunica con la camera ove sono i pazienti, l'altro con l' aria esteriore; tutto questo perchè dopo la seduta si cominci gradatamente a far diminuire la ottenuta pressione, e dall'altro si possa ristabilire l'equilibrio tra i due compresi, sempre che il medico debba accorrere, perchè chiamato da qualche accidentalità, o che si voglia (da poco cominciata la medicazione) far entrare un infermo o farlo uscire. La pressione che aumenta per gradi, si mantiene costante a quello desiderato grazie ai mezzi ai quali accennammo; per gli scopi della pratica la pressione deve oscillare tra i $^2/_7$ ed $^1/_2$ di atmosfera. Sul terminare della seduta, la scarica (discesa della pressione) si fa gradatamente, affine di impedire all'organismo degli individui rinchiusi nel gabinetto di risentire della brusca differenza che altrimenti avrebbe luogo. La seduta varia quindi di durata anche secondo la perfezione delle macchine che permettono di raggiungere più o meno prontamente il determinato grado di pressione; ma si può in generale dire che un'ora e mezzo o due sia il termine conveniente.

Vado debitore alla squisità cortesia del Dott. CARLO FORLANINI se posso presentare ai lettori un bel disegno del gabinetto pneumatico di via Chiusa di Milano (v. fig. 1), ed all' amicizia del Prof. A. FASANO che mi ha favorito la incisione della fig. 2, la quale riproduce la camera dell'Istituto pneumo-terapico di Bruxelles, costruita sotto la direzione del Dott. TAMIN-DESPALLES. Come si rileva da una nota del MOELLER, recentemente tradotto dal FASANO, egli è possibile ottenere in questa camera, l'aria compressa, rarefatta, iperossigenata o iperazotata.

b) Gli apparecchi trasportabili passarono per una serie di innovazioni, e son conosciuti nella pratica coi nomi dei loro rispettivi autori. Cronologicamente si può dire che HAUKE di Vienna sia stato il primo (1870); WALDENBURG corresse posteriormente i principali difetti che esistevano in quello del suo antecessore, cioè: 1) il non poter raggiungere un forte grado di compressione, 2) l'incostanza dell'azione. E consecutivamente SCHNITZLER modificò l'apparecchio di WALDENBURG; FRAENKEL e BIEDERT ne fecero degli economici, tuttochè avessero trascurato un savio precetto, quello di *dosare* sempre il grado di compressione o rarefazione dell'aria.

STOERK mise a profitto un altro principio: egli cioè non si avvalse come in tutti gli apparecchi dei varii autori cennati, della

compressione dell'aria per mezzo dei pesi, bensì della differenza del livello di acqua in due recipienti comunicanti — ma nè ci ha vantaggio su quello di Hauke, nè il costo è minore. Infine diffe-

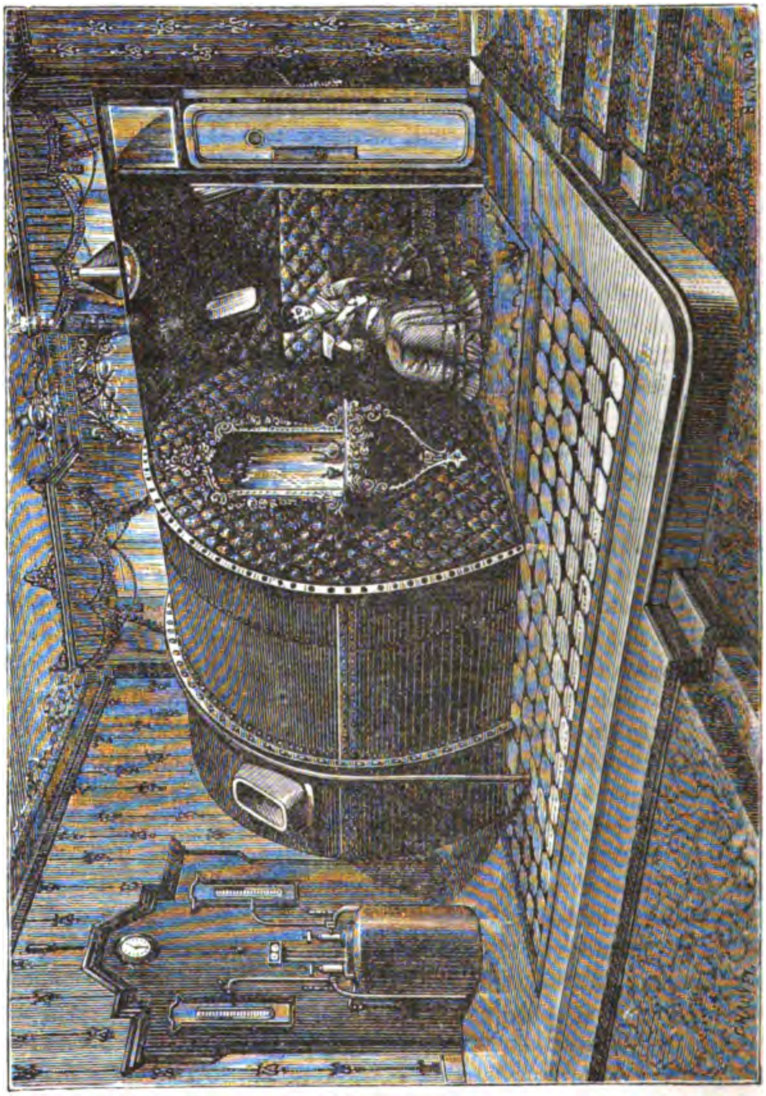


Fig. 1.

renti modifiche sono state tentate da Treutler, Högyes ed altri. Ora, poichè per comune consenso l'apparecchio di Waldenburg è quello che meglio risponde, il suo prezzo non è molto elevato, ed

è più generalizzato nella pratica, noi, che abbiamo di mira principale la utilità di questa, faremo grazia al lettore della minuta descrizione dei varii apparati, gli presenteremo in ultimo i disegni dei più importanti, ma prima in poche parole cercheremo

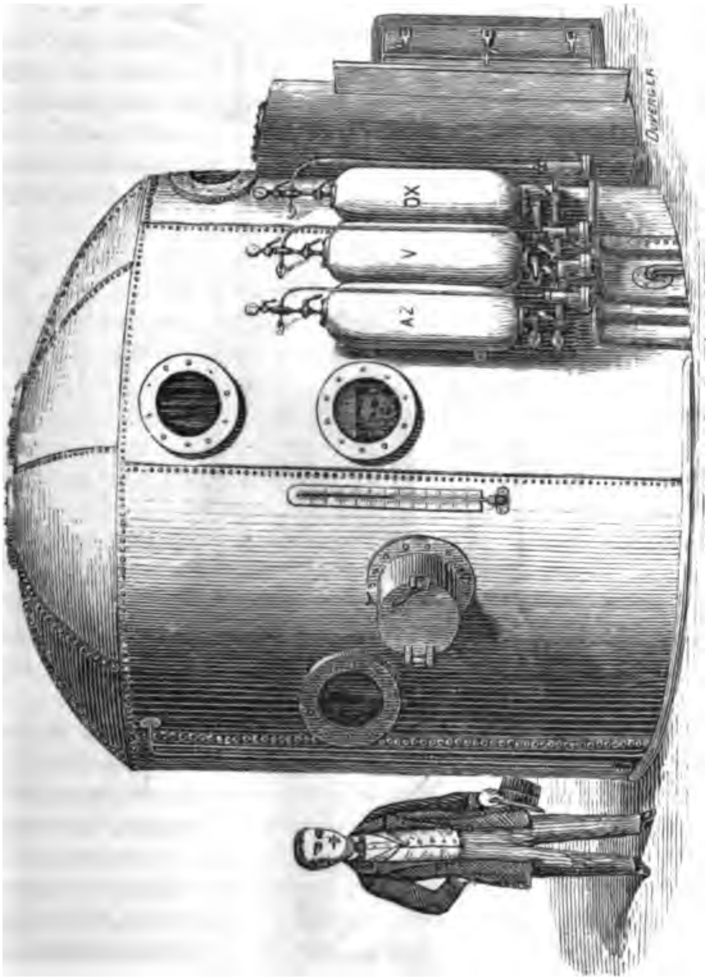


Fig. 2.

descrivere l'apparecchio tipo, quello trasportabile del WALDENBURG con i suoi più recenti immegliamenti.

Esso (v. fig. 3) risulta da un cilindro di zinco aperto superiormente, alto 1 metro, di 30 centimetri di diametro, che finisce svasato, e nel quale è capovolto un altro cilindro, anche di 1 metro, ma di 27 centimetri di diametro. Questo s'innalza ed abbassa mediante corde che si attaccano al suo fondo rovesciato, e

scorrono in 3 puleggie sostenute da 3 aste; all' estremità li-

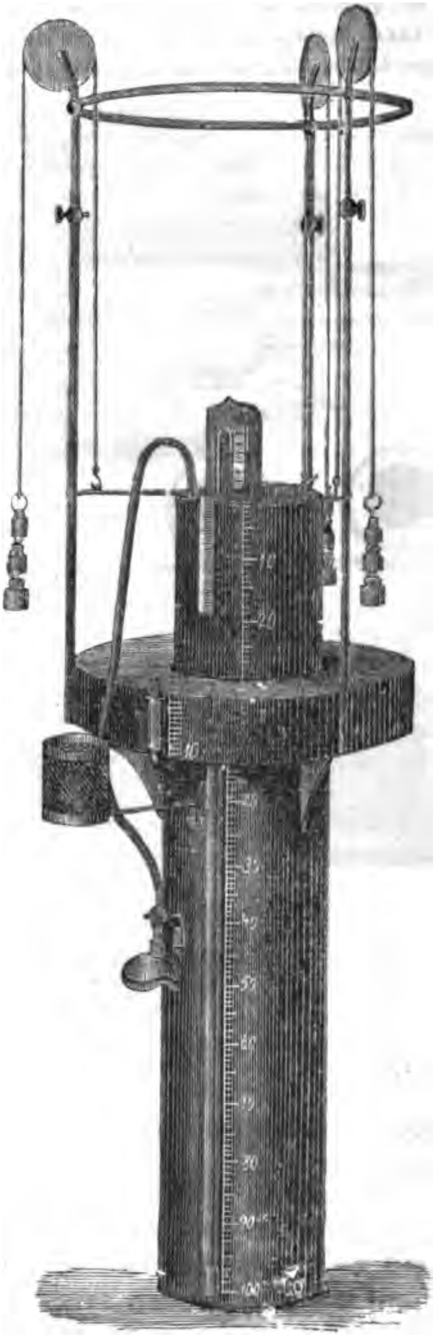


Fig. 3.

bera delle corde vi sono degli uncini a cui si possono appendere

dei pesi in ghisa. Nelle sue escursioni, il cilindro interno è facilitato da tre guide in corrispondenza delle aste, per cui ogni movimento di torsione intorno al proprio asse è impedito. Sul fondo del cilindro interno vi sono due aperture, una pel manometro a mercurio con scala millimetrica, l'altra per un lungo tubo di caoutschouc, all'estremo libero del quale si adatta un robinetto in vulcanite, il quale è fatto in modo che aprendosi, si ha la comunicazione con il cilindro interno, chiudendosi, con l'aria esterna. Alla punta del robinetto si innesta la *maschera* (v. fig. 4). Questa, fatta da sottile lamina di latta, ha gli orli rivestiti da

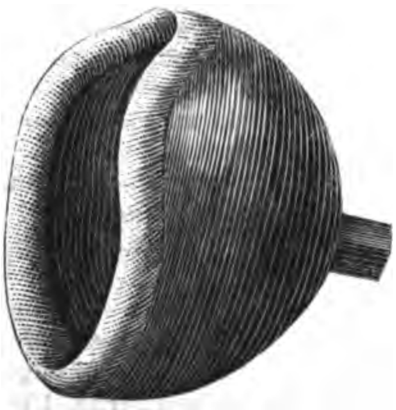


Fig. 4.

un tubo di gomma ripieno di aria, sicchè si adatta facilmente al volto, restandovi compresi naso e bocca. Le maschere sono di varie dimensioni, per i varii individui ed anche per evitare la infezione dei soggetti sani, se per caso avessero servito ad infermi di malattie contagiose. Il cilindro interno si riempie di acqua fino ad una certa altezza — per 90 dei 100 centimetri, là ove un tratto esternamente segnato, indica — e questo per fare sì che abbassandosi il cilindro interno, l'acqua abbia spazio da riempire e non trabocchi, ciò ch'è pure impedito dallo svasamento superiore, il quale rappresenta un perfezionamento che WALDENBURG apportò al primitivo apparecchio. Un robinetto metallico in basso serve a fare uscire l'acqua che dev'essere rinnovata, sempre che vi sia sospetto che si guasti; per tutta l'altezza del cilindro esterno corre altresì un tubo di vetro comunicante con esso, il quale oltre a far da manometro, indica il livello dell'acqua.

Quando il cilindro esterno è riempito di acqua fino al limite

designato e l'interno si è immerso per intero, rimane uno spazio riempito di aria, il quale è di 1 centimetro di altezza = 572 centimetri cubici. Ora, per rarefare o comprimere l'aria nel cilindro interno (ciò che a piacere si può con il detto apparecchio), la cosa è molto facile; perchè appendendo dei pesi alle funi, l'aria si viene proporzionatamente a rarefare, ed a comprimere invece, là ove i pesi si mettano sul fondo del cilindro interno. — Se non che, nella pratica, con l'apparecchio del WALDENBURG si può ottenere:

1) che l'infermo inspiri od espiri nell'aria rarefatta — 2) che inspiri od espiri nell'aria compressa. Per questi 4 esercizii bisogna preparare in modo vario il cilindro interno.

1) *Inspirazioni di aria rarefatta.* — Si appendono i pesi alle funi, si apre il robinetto, e quando il cilindro è tutto in alto (senza aver varcato il livello dell'acqua) si chiude il robinetto — L'infermo inspira attraverso la maschera l'aria rarefatta del cilindro ed espira nell'aria libera.

2) *Espirazioni in aria rarefatta.* — Il cilindro interno è per intero abbassato — si chiude il robinetto — si appendono i pesi. L'infermo espira attraverso la maschera, nell'aria rarefatta del cilindro; inspira l'aria libera.

3) *Inspirazioni di aria compressa.* — Si appendono i pesi alle funi (è solo così che si fa sollevare il cilindro interno) e quando quello è in alto, si chiude il robinetto, si tolgono i pesi e si mettono invece sul fondo del cilindro interno. L'infermo inspira, attraverso la maschera, l'aria compressa del cilindro interno; espira nell'aria libera.

4) *Espirazioni in aria compressa.* — Il cilindro interno resta abbassato — il robinetto chiuso — con, o senza l'addizione di pesi sul fondo, l'infermo espira nell'aria del cilindro che a misura questo si solleva, è compressa dal peso del cilindro medesimo (5 chilogrammi); inspira l'aria libera.

Lo sviluppo di forza nel detto apparecchio si calcola così:

il peso dell'atmosfera sopra la superficie di un centimetro quadrato, è in media 1033 grammi. La superficie superiore del cilindro interno, che è un disco di 27 centimetri di diametro, ha una superficie rappresentata dalla formola $\left(\frac{27}{2}\right)^2 . \pi = 572,8$ centimetri quadrati circa. La pressione dell'atmosfera sulla sua superficie sarà quindi $1033 \times 572,8 = 591,7$ chilogrammi, che per agevolazione di calcolo si portano alla cifra rotonda di 600. Così si può facilmente valutare la pressione corrispondente al numero dei pesi; tenendo sempre a mente che non bisogna trascurare il peso del cilindro interno. Onde volendo ottenere un dato grado

di compressione, bisogna sottrarre dal numero dei pesi che si sogliono aggiungere, i 5 chilogrammi (peso del cilindro); siccome bisogna, per l'aria rarefatta, aggiungere 5 chilogrammi, affine di equilibrare il peso del cilindro interno. Così a mò d'esempio, per ottenere la pressione di 15 chilogrammi ($= 19$ Mm. di pressione del mercurio $= \frac{1}{40}$ di atmosfera), è mestieri usare per la compressione soli 10 chilogrammi, e per la rarefazione 20.

Il Waldenburg ha avuto cura di presentare in proposito una tabella, nella quale sono indicati i rapporti delle varie pressioni rispetto ai pesi ed alla pressione del mercurio; ma ciò che importa sapere è che nel suo apparecchio si può raggiungere una compressione fino ad $\frac{1}{32}$ di atmosfera, limite sufficientissimo ai bisogni della pratica; perchè, come avremo agio di vedere or



Fig. 5.

ora, se nei gabinetti la forte pressione è richiesta, esercitandosi questa tanto sulla interna, quanto sulla esterna superficie; negli apparecchi trasportabili, in cui la sola superficie respiratoria è

in rapporto con l'aria sotto diverse pressioni, la differenza tra l'esterna e la interna è il fattore più potente della cura, e per la pratica basta che resti nei limiti ai quali accennammo.

Abbiamo detto che questo del WALDENBURG è l'apparecchio tipo, ma non è superfluo che il lettore dia uno sguardo a taluni altri, precedenti, contemporanei o posteriori.

La figura 5 rappresenta l'apparecchio di HAUKE, nel quale la

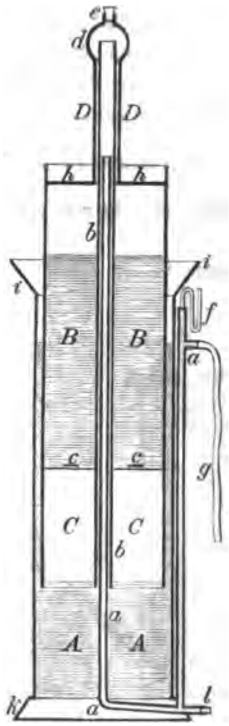


Fig. 6.

rarefazione o la compressione dell'aria è fatta dalla rotazione dell'asse, in un senso od in un altro, a seconda cioè che si solleva o si abbassa la campana B nel bacino A, mediante lo svolgimento e l'avvolgimento delle cinghie fissate sulla campana. Il grado dell'azione dipende dalla forza con cui è rotato l'asse, e perciò a ragione noi fin da principio ne facemmo notare gl'inconvenienti.

CLAR fece costruire un altro apparecchio (v. fig. 6) nel quale il peso della campana è più che compensato dalla grande quantità di aria di cui è capace; onde, quando la campana è abbassata, tende di nuovo a salire, e si ha così aria rarefatta. Invece,

aggiungendo dei pesi sul fondo della campana stessa, la prevalenza è a favore del peso totale del cilindro, e l'aria è compressa. Per intelligenza del lettore faremo notare che la campana (B C) aperta in giù, è doppia e divisa in due scompartimenti (C e B); quest'ultimo (B) mediante fenditure lineari (*c*) comunica con A. Il tubo *a* serve come guida centrale per B C mediante l'altro *b*.

STOERK mise a profitto il principio dei tubi comunicanti. Il suo apparecchio (fig. 7) agisce quando, essendo ripieno a metà



Fig. 7.

di acqua, gli s'impartisce un movimento ondulatorio. Allora ad ogni inclinazione, viene alternamente rarefatta l'aria di uno dei recipienti, e compressa quella nell'altro. Alla fine di ogni movimento dondolatorio, si apre autoctonamente una valvola, per rinnovare l'aria. Il regolatore *s* serve a graduare il movimento, e perciò il grado di rarefazione o di compressione.

Nell'apparecchio di B. FRAENKEL (Fig. 8) il grado della rarefazione o della compressione dell'aria, interamente arbitrario, è fatto dal l'aprire o chiudere un mantice, simile a quello degli organini, al quale è annesso la maschera, e talora pure uno spirometro. E parimenti BIEDERT abbandonando il principio del gassometro, costruì un apparecchio a mantice, verticale, economicó, che può servire pure da spirometro.

In quello di TOBOLD (fig. 9) le puleggie attraverso cui scorrono le funi che devono sollevare il cilindro interno, al quale sono attaccate verso il fondo ed attraverso fenditure del cilindro esterno, restano piazzate a livello dello svasamento superiore; il vantaggio è solo riposto nel maneggio dell'apparecchio per gli scopi

della pratica, ed il nostro G. PIVETTA lo ha imitato, riducen-



Fig. 8.

done le dimensioni, per comodità; laonde, in casi simili, per leg-



Fig. 9.

gere il grado di compressione e di rarefazione secondo la scala

del WALDENBURG conviene regolarsi modificando analogamente la nota formola.

Per esempio, supposto che il peso del cilindro interno sia di 3 kilogrammi, ed il diametro di 22 centimetri, la formola che ne scaturisce è questa: $\left(\frac{22}{2}\right)^2 . \pi = 380,13$ centimetri quadrati circa. La pressione quindi dell'atmosfera sulla sua superficie sarà $1033 \times 380,13 = 393$ kilogrammi circa.

Volendo quindi ottenere, in questo apparecchio, aria compressa, bisogna sottrarre dalla cifra dei pesi i 3 kilogrammi, e tenerne conto per l'aria rarefatta. Il che però significa che in questi piccoli apparecchi si otterrà la stessa pressione che in quello di WALDENBURG, ma aumentando il numero dei pesi.

Rimettendo a più tardi la descrizione di altri apparecchi a doppio effetto, per terminare questo capitolo dirò che molte modificazioni furono quasi ogni giorno apportate, da autori e fabbricanti d'istrumenti. Quelli del CASTIGLIONI vennero modificati recentemente dal Dott. ASCENZI di Roma; quello del WALDENBURG da BALDINELLI, e recentemente da FINKLER e KOCHS in Bonn; ma malgrado tutto ciò, per la semplicità e la tenuità del costo, i più noti e più in uso, sono sempre quelli di WALDENBURG (1).

II. AZIONE FISIOLOGICA DELL'ARIA COMPRESSA E DELL'ARIA RAREFATTA.

a). *Aria compressa* — S'ingannerebbe a partito chi, credendo di avere a fare col medesimo agente, pensasse che l'azione che l'aria compressa nei gabinetti pneumatici esercita sull'organismo, debba essere proprio la stessa di quella che si raggiunge con gli apparecchi trasportabili. Ed è facile rivenire da questo errore semprechè si richiami alla memoria il fatto che, nelle camere pneumatiche la superficie esterna e la interna soggiacciono insieme alla medesima forza, mentre negli apparecchi trasportabili l'azione si esplica soltanto sulle superficie del tratto respiratorio.

Nei gabinetti, per vero, sebbene la principale influenza dell'aria compressa sia pure come negli appareccchi, sul tratto respiratorio, si ha: rallentamento della respirazione che continua sin dopo che l'infermo abbandona la camera; aumento della capacità vitale; le inspirazioni, inoltre, si eseguono più agevolmente e sollecitamente; le espirazioni si rendono più tranquille e lente.

(1) Uno dei libri più completi di terapia respiratoria, è quello di M. J. OERTEL nel *Ziemssen's Handbuch der Allgemeinen Therapie*. È lì che si troveranno minute descrizioni e splendide illustrazioni dei tanti apparecchi comparsi: quello è un libro, il nostro uno schizzo.

Per ciò che riguarda profondità degli atti respiratorii, Junod, Pravaz, Panum, Vivenot ecc., la dicono aumentata; diminuita invece Pol, Bertin, Elsaesser ecc. La esalazione di acido carbonico è aumentata così come cresce la introduzione di ossigeno (cosa che si argomenta dal color rosso-chiaro delle vene, l'aumento della temperatura del corpo, della potenza muscolare, dell'appetito: e questi fatti valgano di risposta ai contradittori, siano essi fisiologi, siano patologi, i quali son di credere che aumentando l'ossigeno nell'ambiente ove si respira o somministrandolo direttamente, l'organismo non è suscettibile di riceverne più di quello che già se ne contiene nel sangue). Il polso si rallenta.

Interessanti cangiamenti si verificano nella distribuzione del sangue: il quale scacciato dalla periferia (pallore della cute e delle mucose esterne) refluisce negli organi interni (tendenza al sonno, lieve stordimento, sbadigli, aumento di forza muscolare e della secrezione urinaria). Le sensazioni subjettive si riducono unicamente a quelle di una molesta pressione nell'orecchio, per la prevalenza della esterna pressione sulla membrana del timpano.

Gl'individui sani restando sotto là influenza di altissime pressioni (fino a 4 $\frac{1}{2}$ atmosfere) come succede nel lavorare nelle miniere, nelle gallerie ecc., non provano sintomi patologici ; solo nel caso il lavoro si prolunghi , ne consegue dimagramento ed abnorme pallore.

Notisi però che là ove si attuasse un rapido passaggio da una atmosfera compressa ad una rarefatta , potrebbero conseguirne gravi sintomi, siccome congestioni, emorragie, vertigini, e perfino la morte (per l'alterata distribuzione del sangue nel sistema circolatorio). Minori inconvenienti si verificano quando la pressione aumenta troppo sollecitamente (perforazione della membrana del timpano) : di qui il precetto di gradualmente accrescere la pressione a scopo terapeutico.

Se invece si sottrae tutta la superficie del corpo all'azione dell'aria compressa e si mette la sola superficie respiratoria in contatto di questo agente, così come appunto si fa con gli apparecchi trasportabili, è naturale intendere come l'azione fisiologica sia alquanto differente : 1) perchè vengono ad essere soppressi tutti quei fenomeni che dipendono dall'azione dell'aria sulla superficie cutanea ; 2) perchè si ha l'agio di sperimentare l'azione di questo agente esclusivamente sulla superficie respiratoria, cioè l'azione che consegue ad una differenza di pressione tra l'aria ordinaria che involge tutto il corpo dello individuo e quella condensata che si mette unicamente in rapporto col tratto respiratorio ; 3) perchè a talento si può ottenere che il soggetto inspiri aria compressa

ed espiri nell'aria libera, ovvero viceversa, mentre che come sopra vedemmo i due atti si eseguono in un solo e medesimo ambiente.

Le espirazioni o le inspirazioni adunque di aria compressa, fanno aumentare la pressione nei polmoni, la quale nelle normali inspirazioni è assai negativa; con forte grado di compressione riesce cangiare in positiva la pressione negativa. Intanto, sia che scemi questa o la si permuti in positiva, il cuore ed i grossi vasi vengono discaricati e fino al punto da esercitare una pressione anche sull'apparecchio circolatorio. Cosicchè gli effetti fisiologici si riducono: 1) allo scarico del sangue dal circolo minore; 2) al maggiore afflusso nell'albero arterioso.

b). *Aria rarefatta.* — Abbiamo già detto che pochi sperimenti sono stati praticati con l'aria rarefatta nei gabinetti pneumatici. Vivenot sopra di se ed altri, riscontrò aumento degli atti respiratorii: fa meraviglia come Jourdanet asserisca il contrario. La respirazione irregolare, in principio, si fa presto profonda e completa: più facile la espirazione; diminuita la capacità vitale; il polso diventa più frequente; la forza cardiaca aumenta (Fuchs, Brehmer, Olzberger, difatti riscontrarono ipertrofia e dilatazione cardiaca negli abitanti dei luoghi montuosi); la distribuzione del sangue si perturba, e tanto, che restando per qualche tempo in aria rarefatta, si ha sensazione di accresciuto calore cutaneo, soprattutto in volto, bruciore della congiuntiva con forte injezione dei vasi, ed infine sintomi che appartengono all'anemia cerebrale. Non sono state mai notate emorragie periferiche, tutt'altro che comuni, e possibili soltanto sulle grandi alture (come ad esempio di 18000 piedi). Ma con una rapida rarefazione dell'aria, queste emorragie possono succedere dal naso o dai pulmoni. In breve, ad ognuno riesce chiaro intravedere come i fenomeni siano precisamente gli opposti di quelli che notammo per l'aria compressa.

Facendo poi inspirare aria rarefatta ad individui il corpo dei quali rimane nell'ordinaria atmosfera, si eliminano tutti quei sintomi che dipendono dalla diminuita pressione dell'aria sulla superficie esterna, e si viene soltanto a concedere ai pulmoni una quantità di aria minore della necessaria; cioè si aumenta la pressione negativa e così pure si scema la pressione sul cuore. Per la semplice espirazione nell'aria rarefatta si verificano i medesimi fenomeni, ma in grado minore. Gli effetti fisiologici perciò si compendiano così: 1) diminuzione di afflusso nel circolo sanguigno; 2) aumento di afflusso del sangue negli organi toracici.

III. Applicazioni terapeutiche.

La concisione con la quale abbiamo trattato degli effetti fisiologici dell'aria compressa e rarefatta nelle due diverse condizioni, cioè della totale immersione del corpo nell'ambiente, o del contatto con la sola superficie respiratoria, non è insufficiente a far tralucere le estese applicazioni che se ne sono fatte alla terapia. Non è a negare che la esagerazione vi ha presa parte ; che le interpetrazioni non furono sempre esatte ; ma non è nemmeno a revocare in dubbio che l'aeroterapia oggi sia un acquisto per la scienza. Le guarigioni radicali, se non tanto frequenti quanto si son vantate, non sono un sogno di mente inferma : ed il sollievo che molti pazienti di malattie pulmonari e cardiache ne ricavarono, non è da tenersi in poco pregio quando si pensi che invano si aspetta questo sollievo da una sterminata falange di rimedii. Io mi meraviglio come altri sperimentatori , qui a Napoli, siano arrivati a conclusioni molto differenti, e per quanto io tenga in conto i loro responsi, non posso negare i fatti che si sono svolti sotto i miei occhi. E quando, dopo aver lette talune requisitorie, mi sono fatto a sperimentare nuovamente, ho potuto accorgermi che errore da parte mia non v'era.

Ho raccolto in 7 anni un discreto numero di osservazioni cliniche che gelosamente custodisco, nelle quali è stata prima, e dopo della cura, scrupolosamente misurata la forza inspiratoria ed espiratoria, e basterebbe il solo riscontro delle cifre, per convincersi che non si tratta di illusioni. D'altronde, alcuni degl'infermi ai quali si riferiscono le dette istorie , aveano già sperimentato a lungo i noti metodi curativi, e ritrassero taluni *temporaneamente* , altri *definitivamente* tale profitto , che v'è luogo a convincersi come l'aeroterapia , in talune circostanze sia un rimedio eroico. Gli effetti fisiologici , di carattere puramente meccanico, debbono di necessità riescire costanti e misurabili in maniera esatta: e se nelle applicazioni terapeutiche falliscono talora, bisogna ricordarsi che i turbamenti indotti dai processi patologici possono essere tanti ostacoli parziali o generali , richiedendo ogni medicazione che lo stato dei tessuti sia in grado da risentire un effetto il quale, se di carattere meccanico, è tale da dovere riuscire costante. Con queste parole io ho voluto ricordare al lettore che intendo tenermi lontano dalle esagerazioni ; e che per riguardo a quanto egli or ora leggerà delle applicazioni dell'aeroterapia a malattie che sinora si ritengono, e sono, incurabili, egli non deve pensare che andranno a scomparire dalla superficie della terra mercè la respirazione di aria compressa o

rarefatta, ma che la pratica ne trae discreti vantaggi, per combattere molti fenomeni collaterali o ristabilire una salutare compensazione.

a) *Aria compressa* — Ripetiamo a questo proposito che come s'inganna a partito chi credesse i fenomeni fisiologici identici pei gabinetti pneumatici e gli apparecchi trasportabili, anche colui che volesse applicare ad occhi chiusi l'uno o l'altro metodo, cadrebbe in errore. Non è indifferente raccomandare l'uno o l'altro: nè i gabinetti possono sostituire gli apparecchi trasportabili, nè questi quelli: entrambi sono utili, e tanto più quanto se ne sa bene stabilire la indicazione, tenendo in mente di scongiurare certi fenomeni per conseguirne altri, od utilizzare quelli che con l'altro mezzo non si possono raggiungere.

La intendano bene i pratici questa verità: siano precisi nei loro giudizii: risparmino sovente ai medici direttori il duro compito o di dovere sperimentare contro la propria coscienza, o di reagire, sembrando disconoscere quello che praticano e raccomandano.

Ecco ora le indicazioni dell'aria compressa.

1) Le iperemie nelle parti periferiche, non solo della cute, della bocca, del naso, delle fauci, della congiuntiva, dell'orecchio esterno, della tuba Eustachiana, della cavità del timpano, della vagina, ma anche del tratto respiratorio — dalla laringe agli alveoli. E questo in virtù di quanto dicemmo della modificazione della circolazione e supponendo che si faccia uso del gabinetto pneumatico.

Così come le iperemie, le flogosi, le tumefazioni, le emorragie, le ipersecrezioni dei detti organi, indicano l'aria compressa. Le espirazioni in aria compressa, di fatti, come tra breve ripeteremo, si mostrano vantaggiosissime nei casi di emottisi, e dopo che il Forlanini propose un tal mezzo curativo, io ne potetti sperimentare praticamente i pregi e rendere di pubblica ragione unca so importante. Difatti nelle broncorragie, le espirazioni in aria compressa mettono meno a cimento l'anelasticità e la fragilità di un polmone ammalato.

Parimenti l'aria compressa è indicata nelle stenosi laringee croniche (Waldenburg) ed in quelle acute, per esempio il crup (Masini), nonchè nelle stenosi delle tube Eustachiane.

2) La dispnea in genere e l'enfisema pulmonare. Questo in virtù della facile respirazione, dell'attivato scambio gassoso per l'aumento di introduzione di ossigeno e l'aumentata esalazione di acido carbonico che si verificano per l'azione dell'aria compressa. A proposito dell'enfisema, abbiamo però il dovere d'insistere e fare notare col Waldenburg che, sebbene casi di guarigione siano registrati dagli autori, essi non valgono a dissipare il dubbio che si eleva sul modo onde si giudica, traendo criterii dalla mitiga-

zione dei sintomi subiettivi, l'aumento della capacità vitale, la scomparsa dei ronchi dovuti al catarro concomitante; perchè è naturale pensare che sotto la influenza dell'aria compressa, il polmone, già disteso per lo enfisema, debba maggiormente dilatarsi: e mentre per gli apparecchi pneumatici succede che la inspirazione di aria compressa agisce più dilatando tutto il torace, nei gabinetti pneumatici è principalmente favorito l'abbassamento del diaframma. Il che, come ognun vede, si riduce ad un effetto palliativo contro gli accessi asmatici dipendenti dallo enfisema, ma non già ad una cura radicale per l'enfisema esso medesimo. Per raggiungere l'impicciolimento del polmone ectasico, ci vuole altra indicazione — la espirazione in aria rarefatta — e mentre del modo onde questa agisce ci riserbiamo parlare più tardi, abbiamo voluto fermarci un po' su queste differenze per rimettere i fatti al loro posto e fare meglio tralucere il valore di certi mezzi i quali, tuttochè informati allo stesso principio, hanno bisogno di essere bene interpetrati nelle loro pratiche applicazioni.

Dalle quali cose, nondimeno, risulta la stupenda azione che l'aria compressa, sì dei gabinetti che degli apparecchi, ha contro l'asma, non solo perchè così si viene ad introdurre maggiore quantità di ossigeno, ma anche perchè si viene a forzare il calibro ristretto dei bronchi.

Il rallentamento della respirazione e la sua facilità (cose ottenute per effetto dell'aria compressa), l'aumento della capacità vitale e l'azione ischemizzante del parenchima polmonaro, l'azione antiflogistica ed anti-catarrale, ne indicano l'uso nella tubercolosi e nella tisichezza pulmonare. Non che se ne abbia a sperare la guarigione, chè soprattutto con le moderne teorie e la nozione esatta di certi prodotti patologici sarebbe vano sperarlo, ma nella idea di combattere molti fenomeni collaterali ed attivare il ricambio materiale, sostituendo materiali nuovi ai vecchi, favorendo e mantenendo la nutrizione.

Se gli esperimenti in proposito furono in contraddizione per un tempo, e vi fu chi invece raccomandò l'aria rarefatta, noi crediamo che da quanto è risaputo intorno all'azione fisiologica di questo agente, debba dirsi che l'aria rarefatta va di preferenza indicata come mezzo profilattico, spettando a lei il compito di attivare e favorire la nutrizione nelle sedi predilette della tubercolosi, sempre che, non esistendo ancora lesione materiale apprezzabile, la migliore via a seguire sia quella di attivare la circolazione sanguigna negli apici del pulmone e prevenire uno stato d'inerzia che potrebbe mettere capo alla formazione ed al deposito di prodotti morbosi.

Contro l'asfissia, soprattutto dei neonati, e l'atelectasia, è stata

sperimentata e raccomandata da varii l'aria compressa. Nell'atelectasia, particolarmente, sembra assai logico pensare che l'azione meccanica spieghi tutto, e sia tale gente da potersi difficilmente sostituire. Dicasi altrettanto pei residui di essudati pleurici e le dipendenti deformità del torace, perocchè dilatando gli alveoli compressi, si è visto seguirne riassorbimento degli essudati e ripristinamento della respirazione nei punti ov'era abolita od infievolita.

Nella tosse convulsiva, da ultimo, taluni autori parlano dei favorevoli risultamenti ottenuti, in ispecie coi bagni di aria compressa: epperò mancando di personali esperienze in proposito, mi limito ad annunziarne la indicazione, la quale si fonda appunto sulla maggiore introduzione di ossigeno.

3) L'aumentata ossigenazione del sangue e la migliorata condizione del ricambio materiale, indicano l'aria compressa in tutte le affezioni nelle quali la composizione del sangue è alterata e la nutrizione turbata. E poichè nei gabinetti pneumatici, a preferenza, questa ossigenazione è maggiore, come naturale conseguenza ne consegue che questi sono indicati quasi ad esclusione degli apparecchi trasportabili (1) nella scrofola, nel rachitismo, nell'anemia, nella clorosi, nella dismenorrea, la febbre intermittente, la dispepsia (2), la debolezza che move da differenti cagioni e la polisarcia, come da tempo Sandahl, Lange, e Katolinsky aveano detto, e recentemente è stato confermato.

Gli è forse da questo punto di vista che l'aeroterapia è stata tacciata di *panacea*, e molti hanno ripetuto che quando i globuli ematici erano essi stessi ammalati, ogni iper-ossigenazione fosse impossibile. A questi attacchi si può rispondere in due modi: con la prova *teoretica* e la *pratica*: la prima, che ci mostra come i differenti stati morbosi di cui è parola, che reclamano il trattamento tonico-ricostituente, devono indicare altresì un mezzo che attivando il ricambio materiale sostituisca materiali nuovi ai vecchi, stimoli salutarmente gli organi interni a cui affluisce il sangue scacciato dalla periferia cutanea, e fornisca all'organismo una quantità maggiore di ossigeno, di questo gaz che tanta parte tiene nella chimica vitale.

La prova *pratica*, la quale ci mostra come in realtà cosiffatti infermi migliorano, mentre le altre cure fallirono: e questo per

---

(1) Anche in questi però si può mescolare all'aria l'ossigeno e farlo inalare, come già accennammo e ripeteremo tra breve.

(2) L'aumento dell'appetito mi è sembrato uno tra i più costanti fenomeni della inalazione di aria compressa, e tanto che molte volte senza esserne interrogati, i pazienti stessi con compiacenza lo dichiarano al medico.

l'assicurazione di sperimentatori strenui ai quali non si può rimproverare la superficialità di osservazione o le cattive interpetrazioni. Prima di condannare un metodo bisogna sperimentarlo, ed allo esperimento siano di sprone queste nostre parole.

4) Le malattie cardiache — Comincio a questo proposito dal ripetere ciò che manifestai altrove, cioè che nessuno ha detto o scritto che il trattamento pneumatico ricostituisca i pizzi valvolari erosi, retratti, sclerotizzati delle insufficienze. Invece, la indicazione razionale si riduce ad aumentare, in date contingenze, l'impulso cardiaco e stabilire una salutare compensazione, deflussionare il parenchima pulmonare sopraccarico di sangue stasico. Onde, a preferenza si usa l'aria compressa nei casi di stenosi ed insufficienze mitrali ed aortiche, cioè in tutte le malattie cardiache nelle quali il deflusso del sangue dal polmone o dal ventricolo destro è ostacolato, ottenendosene: 1) aumento di forza di tensione del cuore e quindi della pressione nel sistema aortico; 2) aumento della quantità del sangue nel circolo; 3) scarico del sangue dal circolo minore (salasso limitato al circolo minore — azione ischemizzante locale). Ma, si badi bene, in tali casi è degli apparecchi trasportabili che bisogna servirsi, perchè nei gabinetti pneumatici il lavorio del cuore è difficoltato: per vero, se la pressione pulmonare negativa è abbassata e per conseguenza aumentata la forza della pressione cardiaca, questa accresciuta pressione gravita su tutte le arterie del corpo ed i capillari, ed accresce l'ostacolo all'aspirazione del sangue nei medesimi: donde un polso piccolo, debole, quasi inesplorabile e qualche deplorevole accidente lamentato. Ciò che si evita benissimo con gli apparecchi pneumatici trasportabili. Noi dunque ci schieriamo tra i sostenitori di queste teorie, malgrado che Bertin e Poyser insistano sopra l'azione sedativa dell'aria compressa, e Lange sul consecutivo invigorimento dell'intero sistema muscolare. (Sarebbe quindi superfluo lo aggiungere che *a fortiori* il marasma cardiaco, da qualunque causa originato, controindica il bagno di aria compressa, implicando positivi pericoli di una letale asistolia).

5) Le malattie del sistema nervoso. — Han dato talora felice risultamenti alla cura con l'aria compressa: le nevralgie, le iperestesie, lo spasmo glottico, l'asma spasmodico, l'afonia, l'isteria, la corea.

In circostanze simili, è sempre del bagno di aria compressa che si fa uso, come quello che equivale ad un energico trattamento tonico. Ora, noi francamente opiniamo che il moltiplicare le indicazioni è sovente causa di discredito di un agente terapeutico: nessuno può negare gli effetti fisiologici dell'aria compressa, la maggiore introduzione di ossigeno nell'economia, ma ben pochi

saranno quei medici che, tra i tonici ed i ricostituenti, daranno la preferenza all'aeroterapia: e se vi si decideranno, la metteranno in discredito, forse sol perchè ne ottennero effetti minori di quanto speravano, come suole succedere per tutti quei compensi terapeutici che non sono negli scaffali dei droghieri e per ricorrere ai quali gl'infermi devono passare nelle mani di altri colleghi e sottostare a spese maggiori.

6) Da ultimo, per l'azione riassorbente e riduttiva sugli essudati, l'aria compressa (quella dei gabinetti) è indicata contro i tumori bianchi, gli essudati pleurici e peritoneali, gli edemi ecc. Perchè la preferenza sia stabilita, sarebbero necessarii lunghi studii comparativi dai quali risultasse che i vantaggi così ottenuti sono sempre superiori a quelli che si possono raggiungere altrimenti.

b) *Aria rarefatta.* — 1) La immunità contro la tisi, immunità di cui godono gli abitanti di certe date regioni montuose, indicherebbe senz'altra discussione teoretica la stazione nei siti elevati, i quali, poi, eserciterebbero la loro influenza non solo per il maggiore o minore grado di elevazione dal livello del mare, ma anche secondo il vario grado di latitudine, e perchè compendiano una quantità di fattori di non lieve interesse, cioè a dire una temperatura media più bassa, la purezza dell'aria, la ricchezza di ozono ed una relativa maggiore secchezza. Quest'argomento di climatologia, al certo di grande interesse, e del quale noi parliamo appena di volo, regge stupendamente dinnanzi alle più accettabili teorie che insegnano doversi ricercare la disposizione alla caseificazione dei prodotti flogistici del pulmone in una certa aridità o relativa ischemia del parenchima. Richiamando per poco alla memoria la principale indicazione dell'aria rarefatta, s'indovinerà di leggieri come per il consecutivo afflusso di sangue negli organi, segnatamente il pulmone, debba aversi in questo mezzo la migliore profilassi della tisichezza pulmonare, senza dire che per la maggiore distensione del torace si raggiunge altresì una salutare ginnastica. Ma gli è anche per tutto questo che il soggiorno in siti elevati è sollenemente controindicato nelle forme eretistiche della tisi e soprattutto quando vi ha disposizione alle emottisie.

Attivare la deficiente irrigazione sanguigna del pulmone, è un problema che risolvono altresì le inspirazioni di aria rarefatta con gli apparecchi trasportabili, non essendo stati fatti sufficienti espementi con i gabinetti pneumatici. E poichè con questo metodo, che è alla portata di tutti, si potrebbero moltiplicare le esperienze, è da attendersi che la statistica venga a confortare le vedute scientifiche. Cosicchè nell'aeroterapia, dopo quanto ricordammo delle applicazioni dell'aria compressa, la scienza ha trovato due

elementi per domare la tisi. Le inalazioni di aria compressa (che attenuano il sintoma, facilitando la respirazione, aumentando l'introduzione di ossigeno, migliorando quindi la nutrizione, combattendo la flogosi ed i suoi essudati); le inspirazioni di aria rarefatta (che ne rappresentano la profilassi). Onde, non deve arrecare meraviglia, per poco che ci fermiamo a queste considerazioni, se due agenti, in apparente opposizione tra di loro, siano raccomandati ad uno stesso scopo: è la indicazione che deve a preferenza stabilirsi, e dalla scelta molte volte dipende una insperata guarigione od un sospirato immegliamento.

2) Le inspirazioni di aria rarefatta sono indicate pure nei casi in cui i muscoli toracici sono debolmente sviluppati o rimasero deboli per influenza morbigena, come nei postumi di pleurite.

3) Meritata fama contro l'enfisema pulmonare si guadagnarono oramai le espirazioni in aria rarefatta. Anche coloro che si mostrano tenerissimi dei bagni ad aria, non hanno potuto negare che il potere ottenere che infermi di enfisema espirassero esclusivamente in aria rarefatta, inspirando l'aria ordinaria, era un vantaggio che offrivano soltanto gli apparecchi trasportabili. L'aria rarefatta aumenta la ventilazione pulmonare, fa che il pulmone nella espirazione si retragga in modo che lo spazio per l'aria residuale impicciolisca: così si combatte radicalmente la diminuita pressione espiratoria che con costanza si rivela, per esperienze pneumatometriche, nell'enfisema. Nè ciò è tutto; con le espirazioni in aria rarefatta si aumenta la durata di ogni espirazione ed il pulmone viene ad essere compresso, per una reale compressione a cui sottostà il torace per la differenza delle pressioni (la esterna e la interna). A gradi, a gradi, dunque si tenta di ristabilire la deficiente contrattilità pulmonare ed il pulmone ectasico finisca per ridursi. Lo dimostrano l'aumento della capacità vitale rivelata allo spirometro; i limiti inferiori del pulmone che risalgono; la mattezza cardiaca che ricomparisce (come dimostra la percussione). Le espirazioni in aria rarefatta rappresentano, secondo il WALDENBURG, lo antidoto meccanico specifico dell'enfisema, e poichè non di rado provocano energicamente la espettorazione, potrebbero riuscire eziandio utili nelle bronchiti.

4) Malattie cardiache — Quando si vuole agire direttamente sul cuore ed il circolo, per ottenere maggiore effetto, bisogna preferire le inspirazioni di aria rarefatta, le quali: 1) minorano la pressione sul sistema aortico; 2) diminuiscono l'afflusso del sangue nelle arterie del corpo; 3) accrescono l'afflusso negli organi toracici; in altri termini la loro azione può paragonarsi ad un vero salasso che per un certo tempo sottrae sangue al circolo maggiore. Perciò sono a preferenza indicate nelle stenosi e nelle insuffi-

cienze del cuore destro, le quali benchè siano affezioni piuttosto rare, non possono non vantaggiarsi di questo effetto sintomatico.

Una ultima indicazione, che può essere raggiunta ora con l'aria rarefatta, ora con quella compressa degli apparecchi trasportabili, si riferisce alla intensa gassosi intestinale, alle ostinate ostruzioni, all'ileo, a qualche caso d'invaginamento od alle stenosi delle vie nasali. Aumentando o diminuendo la pressione nel canale intestinale (mettendo facilmente in rapporto il tubo di caoutschouc, conduttore dell'aria, con un pezzo di osso che, come quello delle ordinarie cliso-pompe, s'introdurrebbe nel retto), non è difficile intendere come si ottengano effetti vantaggiosissimi, restando solo a dare la preferenza ora all'aspirazione (aria rarefatta), ora alla compressione. Finora, però, queste vedute sono rimaste inapplicate alla pratica, malgrado che la indicazione razionale le condisca di una ghiotta curiosità, la quale sarà di sprone a tentare questo nuovo e semplicissimo metodo curativo.

Non così per le stenosi delle vie nasali. Sono già alcuni anni che io ebbi la idea di questa applicazione terapeutica, e dopo che vidi quanto bene rispondeva nella pratica, affidai la continuazione di questo studio, al mio egregio amico e coadiutore, il Prof. Masucci. Nel 1880, per vero, egli innanzi al Congresso laringologico di Milano leggeva una memoria sul proposito, dimostrando con numerosi esempi che le docce di aria compressa sono un energico mezzo dilatante contro le stenosi nasali, di molto superiore alle candelette, perchè queste lasciano dietro una irritazione necessaria, quelle riescono ischemizzanti, e perciò utili a combattere il processo morboso. Tollerate perfettamente, spiegano un'azione pronta e servono talora (se sono medicate) a portare nelle inaccessibili regioni delle cavità annesse, le più note sostanze modificanti.

Oggidì che la struttura erettile dei turbinati è venuta in campo a spiegare tanti e così curiosi fatti patologici, le docce di aria, come mezzo deflussionante, acquistano ben'altra importanza: e dopo una lunga esperienza io posso assicurare ai pratici che codesto eccellente mezzo merita tutti gli onori.

Mi corre, nondimeno, l'obbligo di dichiarare, che forse io non sono stato il primo ad avere una così felice idea, perchè quando quell'anima eletta di Luigi Elsberg, troppo presto rapito alla scienza ed agli amici, ascoltò la comunicazione del Masucci, volle congratularsi con lui e con me, perchè avevamo comune certe vedute, e mi assicurò che avea già tentata codesta applicazione. Non mi è riuscito però giammai ritrovare una memoria od uno scritto che lo accennasse; ma, neppure per così semplice fatto, vorrei usurpare un posto che potrebbe non spettarmi.

Dirò, per terminare intorno a ciò, che le docce di aria compressa si possono utilizzare moltissimo come preliminare nella escissione dei polipi nasali, purchè una fossa nasale sia pervia: spingendo in avanti le digitazioni polipose, le rendono meglio accessibili all'ansa.

Chi ci ha benignamente seguito fin qui, avrà potuto accorgersi che senza prevenzione di sorta, fondandoci sempre sulla azione fisiologica dei varii apparecchi trasportabili e delle camere pneumatiche, abbiamo cercato stabilire indicazioni precise per l'uno o l'altro mezzo: era appunto quello che sin da principio dicemmo e che ora ne piace ripetere: i gabinetti pneumatici e gli apparecchi trasportabili sono due elementi che compendiano la cura aeroterapica: senza potersi sostituire a vicenda, soddisfano alternamente ad indicazioni diverse, e se qualcuna ne hanno di comune, questo forse rappresenta quell'anello che li raggruppa sotto la stessa rubrica.

Ma come noi, sperimentatori con gli apparecchi trasportabili, mantenemmo alta la fama dei gabinetti, così i direttori dei bagni ad aria seguitino a mantenere in onore gli apparecchi trasportabili: l'apparecchio del Waldenburg non è unicamente un ventilatore pulmonare, indicato nei casi in cui sono inceppati i movimenti della cassa toracica destinati al rinnovamento dell'aria nel pulmone; mercè sua, mercè la differenza che artificialmente si stabilisce tra l'esterna atmosfera e quella che si mette in rapporto con la superficie pulmonare, si utilizzano tutti i benefici effetti della ischemia e della iperemia nel pulmone, della maggiore introduzione di ossigeno ecc.; in una parola tutti gli effetti fisiologici dell'aria compressa o rarefatta. Rimproverare agli apparecchi trasportabili che non possono dare una pressione superiore ad $\frac{1}{30}$ di atmosfera, significa dimenticare che la sovrappressione di $\frac{2}{5}$ di atmosfera nei bagni ad aria, è una cifra di valore efimero, sempre che si richiami alla mente come questo eccessivo aumento della pressione, ed un altro maggiore a cui può sottostare l'organismo umano, è neutralizzato dall'azione della stessa pressione sulla superficie degli organi interni. E se, nei bagni ad aria, gl'infermi restano per ore intere, sotto la impressione dell'agente terapeutico, ripetendo le sedute, con gli apparecchi trasportabili, si rimedia in gran parte a questo inconveniente. Chi potrà, invece, negare che mentre nei gabinetti non si può utilizzare che solo l'aria compressa, la quale oscilla entro i limiti di $\frac{2}{7}$ e $\frac{2}{5}$ di atmosfera, e nei quali non si potrebbe tutt'al più che dividere le sedute classando gl'in-

fermi secondo una pressione poco più, poco meno alta, con gli apparecchi del WALDENBURG, invece, noi siamo in grado di bene individualizzare la cura, avvalendoci di amplissime oscillazioni, e mettendo a profitto l'aria rarefatta alternata di sovente con le inspirazioni di aria compressa? A ragione WALDENBURG rimproverava pei gabinetti pneumatici la rutina e l'esclusivismo, e lodava gli apparecchi pneumatici per la facilità d'individualizzare la cura. Ma è tempo di venire ad amichevoli conclusioni: abbandonando l'esclusivismo, la scienza ne vantaggerà, e come vi sono infermi che traggono maggiore profitto dai bagni ad aria compressa, ve ne sono di quelli nei quali gli apparecchi trasportabili assolvono, e bene, il trattamento.

REGOLE PRATICHE PER IL TRATTAMENTO PNEUMATICO.

a). *Gabinetti pneumatici — Temperatura.* L'aria, per la compressione, prova forte aumento di temperatura: è al grado di questa, che devono badare i medici direttori. Nella calda estate, nei paesi caldi, l'aria si fa passare attraverso i refrigeranti: nei paesi nordici e con un clima freddissimo, attraverso le stufe.

Stato dell'aria. Importa che l'aria sia pura: oltre allo scegliere un sito lontano dal fabbricato, circondato da alberi, ove si piazzano le camere pneumatiche, abbiamo già detto che l'aria, prima di essere compressa, si fa passare attraverso filtri di cotone.

Grado di pressione. Richiamando alla memoria gl'inconvenienti dei rapidi passaggi da una pressione elevata ad una bassa, o viceversa, s'indovinerà di leggieri, come d'altronde preannunziammo, che bisogna aver cura di graduare la pressione, non solo quando la si aumenta (carica, salita della pressione), ma anche quando la si diminuisce (scarica, discesa). Le pressioni che si usano a scopo terapeutico, e che furono trovate sufficienti ai varii casi e scevre da pericoli sono: $\frac{1}{5}, \frac{2}{5}, \frac{3}{7}, \frac{1}{2}$ di atmosfera, le quali si raggiungono in un tempo vario, secondo la perfezione delle macchine. Gl'infermi restano sotto la influenza di una pressione costante per lo elasso di un'ora, essendone un'altra mezza, od un'altra intera, reclamata per raggiungere la detta pressione e per ritornare a quella ordinaria. Sarà utile altresì lo utilizzare queste oscillazioni, affine di proporzionare la cura ai varii soggetti, scegliendo i casi più miti e quelli che cominciano, per la bassa pressione, e riservando ai casi più ribelli, più cronici e per gli individui già abituati, le pressioni più alte.

b). *Apparecchi trasportabili.* — Con questi si può fare che l'infermo: 1) inspiri aria rarefatta; 2) espiri in aria rarefatta; 3) inspiri aria compressa; 4) espiri nell'aria compressa.

Sino a poco fa le espirazioni in aria compressa non aveano ricevuta nessuna pratica applicazione: spetta al **Forlanini** il merito di averne studiate le utilissime proprietà.

I quattro esercizii, d'ordinario, si alternano; in questo senso, che sovente si verifica complicanza di varii processi i quali reclamano diversa indicazione; così l'enfisema ed il catarro bronchiale. In casi simili il migliore consiglio è quello di cominciare con le espirazioni in aria rarefatta (affine di espellere l'aria residuale), e dopo breve pausa lasciare inalare aria compressa, per ripetere in ultimo le espirazioni innanzi dette.

A questo scopo, e sia anche perchè taluni affermano che il fare immediatamente seguire alle inspirazioni di aria compressa le espirazioni in aria rarefatta sia cosa più utile, il **Waldenburg** con una unica maschera a due robinetti (v. fig. 10), mette il paziente



Fig. 10.

in comunicazione con due apparecchi preparati in modo vario, cioè uno per inspirare aria compressa, un altro per espirare nell'aria rarefatta.

Il Prof. Giuliani ha ideato un apparecchio a doppio effetto (v. fig. 11), il quale venne modificato dal Prof. Fasano ed è ancora oggetto dei suoi studii, giusta quanto mi ha particolarmente comunicato.

Nell'apparecchio Giuliani i due cilindri C, C′ sono uniti insieme in modo da formare una sola vasca esterna, comunicanti tra loro lungo un lato. In entrambi si posso alternamente immergere le due campane cilindriche c, c, equilibrate tra loro. I tre astucci metallici p, p, p, servono per contenere il piombo necessario a raggiungere la voluta carica.

Però, per esattezza storica noi soggiungeremo che già esisteva un apparecchio a doppio effetto del Weill, ed anche anteriormente un altro di Cube (v. fig. 12), la incisione del quale insieme all'altra dell'apparecchio Giuliani, mi è stata gentilmente fa-

vorita dal Prof. Fasano. In questo ultimo, i due cilindri per mez-

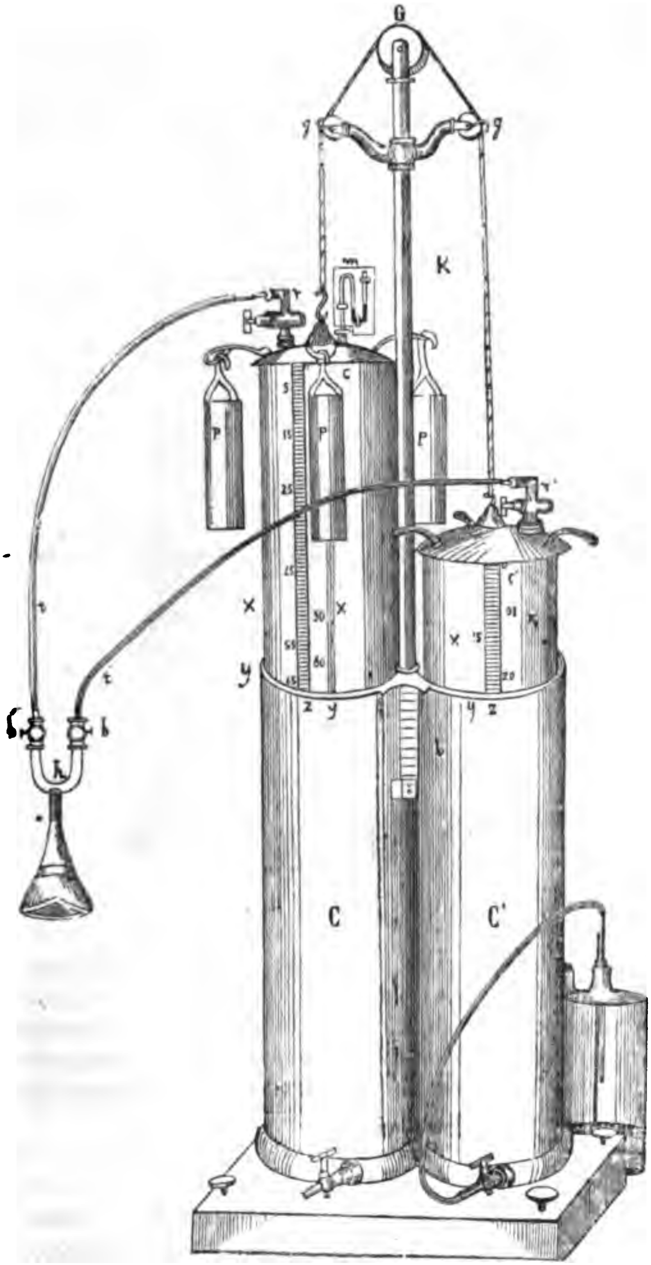


Fig. 11.

zo di un tubo speciale sboccano nel comune rubinetto della ma-

schera, dove, mediante un quarto di rotazione viene messo in attività ora il cilindro preparato per la inspirazione, ora quello preparato per la espirazione.

Walter Lécuyer ha costruito due apparecchi Waldenburg riuniti insieme e di maggiori dimensioni, nei quali le campane di zinco sono disposte in modo che l'aria contenuta in una di esse

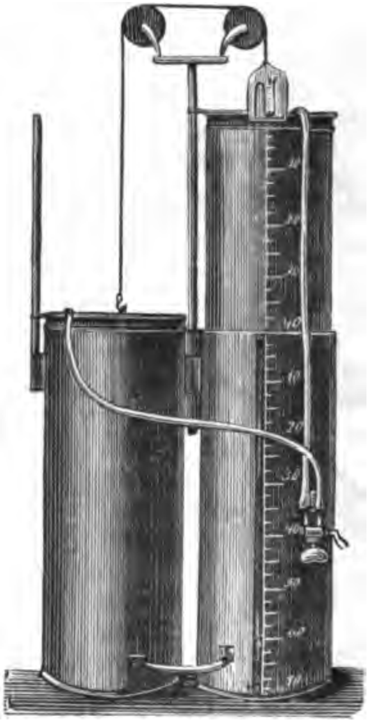


Fig. 12.

è raccolta nell'altra che è vuota, dopo avere servito alla respirazione ed è espirata. L'apparecchio, quindi, funziona come una pompa premente ed aspirante. L'autore mi ha, con gentilezza della quale non saprei abbastanza ringraziarlo, fornito la bella incisione della fig. 13, che rappresenta il suo apparecchio in un gabinetto di aeroterapia ed inalazioni.

Malgrado le modificazioni del Castiglioni, dell'Ascenzi, del Murri ecc.; malgrado i vantaggi che l'uno apparecchio può avere sull'altro, noi dividiamo, per gli apparecchi a doppio effetto, lo stesso giudizio del nostro amato e compianto maestro il Prof. Waldenburg.

Oltrechè i pulmoni sono sottoposti ad alternative considerevoli

di dilatazione e di estrema retrazione, il cuore subisce estreme oscillazioni, perchè inspirando aria compressa, la pressione intracardiaca e quella nel sistema aortico è accresciuta, ed è invece

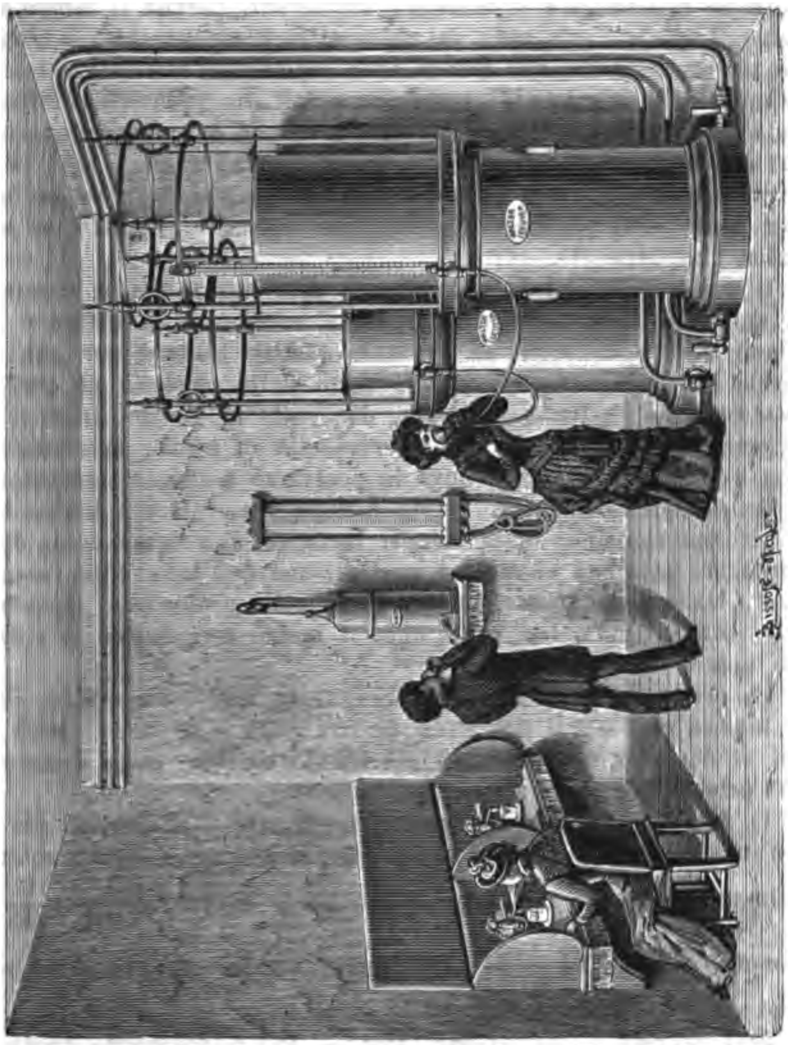


Fig. 18.

considerevolmente diminuita per la espirazione in aria rarefatta. Quando il WALDENBURG iniziò studii comparativi spassionati, ebbe ad accorgersi che malgrado le promesse di una razionale indicazione, l'alleviamento era minore, ed alla prova con lo spi-

rometro risultava appunto la inferiorità del metodo. Anzi gl'infermi spontaneamente chiedevano di ritornare ai primitivi esercizî. Ma vi ha di più: gli effetti dell'azione contemporanea (inspirazioni di aria compressa, espirazioni in aria rarefatta) non possono raggiungere il massimo desiderato, perchè il tempo durante il quale l'aria esce dai pulmoni (nell'apparecchio) è troppo lungo relativamente alla durata della espirazione normale. Osservo eziandio che il grado di rarefazione dell'aria in uno dei cilindri sarà necessariamente proporzionale al grado di compressione dell'aria nell'altro: ebbene, per i bisogni della pratica. egli potrà darsi appunto che ciò non sia necssario o sia dannoso perfino. Per conto mio, preferirei l'apparecchio con due rubinetti ed una unica maschera (1).

Il numero dei cilindri contenenti aria compressa o rarefatta si aumenta per gradi a misura che l'infermo vi si abitua e secondo la loro capicità; in generale quattro bastano per una discreta ginnastica (se i cilindri sono della capacità di quei di WALDENBURG), salvo a ripeterla, due volte al giorno, in caso di urgenza. È preferibile che l'infermo stia in piedi, ammenocchè non sia troppo debole; allora la posizione assisa si permette a titolo di eondiscendenza. Prima e dopo l'esercizio è buono che gl'infermi riposino. Nelle stenosi laringee, alla forma acuta delle quali ha fatto una giudiziosa applicazione dell'aria compressa il Prof. MASINI, la durata dev'essere di molto prolungata, ripetendo più volte la ginnastica, senza che, il mezzo terapeutico si riduce ad una misura illusoria.

La pressione va graduata nel seguente modo, ricordando però al lettore che i pesi dei quali or ora parleremo sono quelli di cui si deve far uso, essendo già tenuto calcolo, come dicemmo, del peso del cilindro:

1) *Inspirazioni di aria rarefatta.*—Queste si adoperano per lo più insieme a quelle di aria compressa, là ove non vi siano contra-indicazioni. Si usa un leggerissimo grado di rarefazione ($\frac{1}{240}$ di atmosfera — fino ad $\frac{1}{60}$ al maximum); e perciò si appendono alle funi da 7 — 15 chilogrammi).

2) *Espirazioni in aria rarefatta.* — Più di frequente basta la

(1) Taluni degli inconvenienti menzionati potrebbero correggersi in parte, ampliando le dimensioni del robinetto e del tubo, od apportando altre opportune modifiche. Ma si è lontani dall'aver raggiunta la perfezione, ed i pericoli da noi ricordati, per i pulmoni ed il cuore, forse si accrescerebbero.

rarefazione di $\frac{1}{60}$ di atmosfera (15 chilogrammi); per gradi si va fino ad $\frac{1}{40}$ od $\frac{1}{34}$ di atmosfera (appendendo 20 — 22 chilogrammi).

3) *Inspirazioni di aria compressa.* — Per lo più si adopera la compressione di $\frac{1}{60}$ di atmosfera, che si fa salire fino ad $\frac{1}{40}$, sovrapponendo, cioè, da 5 a 10 chilogrammi. Nei casi eccezionali ed in persone deboli, basta $\frac{1}{80}$ di atmosfera (2 $\frac{1}{2}$ chilogrammi).

4) *Espirazioni in aria compressa.* — Basta il solo peso del cilindro, e poi l'aggiunta di 1 sino a 2 chilogrammi.

Le *stagioni* più adatte alle cure aeroterapiche sono le intermedie, cioè la primavera e l'autunno; ma con ciò non si esclude che si possano fare sempre, in ispecie nei casi gravi od urgenti. Le sedute devono essere seguite con scrupolosa regolarità, soprattutto in principio, e qualche vacanza è permessa sol quando il miglioramento è sensibile.

In talune emergenze riesce vantaggioso *medicare* l'aria compressa. Con gli apparecchi trasportabili la cosa è sommamente facile, mettendo in rapporto il lungo tubo di caoutschouc (che comunica con il cilindro interno) con uno dei tre colli di una bottiglia di WULF (v. fig. 14)) entro la quale si immette per la via del-



Fig. 14.

l'apertura centrale tant'acqua calda da riempirla per un terzo, e poi il farmaco che si prescelglie. L'altra apertura della bottiglia comunica, mediante un tubo di caoutschouc più corto, con la maschera; cosicchè l'aria che s'inspira passa attraverso l'acqua me-

dicata per il tubo di vetro che vi pesca sino al fondo, ed è inalata mediante l'altro tubo che resta al di sopra del livello dell'acqua stessa. A prescindere dall'azione dell'aria compressa, questo è un eccellente mezzo per mettere in contatto della mucosa respiratoria, anche quella dei minimi bronchi, i vapori di sostanze resinose, disinfettanti ecc. Tre rimedii sono stati preferiti per le loro estese applicazioni: l'olio essenziale di trementina in sostanza, l'acido fenico (1 per 5 di alcool) ed il iodoformio (soluzione del 4 0[0 nella trementina) — Dei due primi, però, si devono mettere solo 3-5 gocce, essendo questa quantità sufficiente e scevra da qualsiasi inconveniente; del secondo se ne può di poco elevare la dose; ma sappiano bene i pratici che l'eccesso rende la medicazione insopportabile e desta gravi vertigini. In cosiffatte emergenze devesi leggermente aumentare il grado di compressione per equilibrare quella che si perde per il calore dell'acqua.

L'ossigeno, negli apparecchi trasportabili, lavato e conservato in sacchi di gomma, si mescola all'aria compressa (15 litri di ossigeno bastano per 1 cilindro che è capace di 45 litri di aria — cioè nella proporzione di 1 : 3). Le inalazioni di ossigeno si danno dopo che l'infermo ha già inalato 1, 2 o 3 cilindri di aria compressa.

Walter Lécuyer per fare respirare ossigeno con aria compressa, ideò, secondo le indicazioni del Dottor Belot, un apparecchio del quale ci ha anche regalato il disegno (v. fig. 15). Nel serbatojo A viene compressa l'aria mediante la pompa D, mossa dal volante E. L'aria passa nei lavatoi *i*, ove può mescolarsi all'ossigeno che si sviluppa nella storta C, in cui è raccolto il miscuglio di clorato di potassa e biossido di manganese, che viene riscaldato dalla lampada J. Dal tubo K, alla cui estremità è attaccata la maschera M, viene fuori l'aria così purificata, la quale inspirata, è, per il tubo L espirata e raccolta nel serbatojo B. Da questo esce per S, e può essere raccolta ed analizzata.

È appena necessario dire che con questo apparecchio si può avere a talento la sola aria compressa o questa con l'ossigeno.

Le espérienze sull'azoto, gaz al quale sono attribuite virtù speciali per arrestare lo sfacelo dei tessuti, sono ancora bambine, ma valgono bene la pena dello esperimento.

Dirò da ultimo, per terminare, che Josephson (fondatore dello stabilimento medico-pneumatico in Altona), ebbe la idea di applicare contro le emorragie, le intususcezioni intestinali, i catarri delle trombe d'Eustachio ecc., le docce di aria compressa, e questa commista a liquidi, per lavare piaghe ed irrigare la mucosa nasale, della tromba Eustachiana ecc.; ma neppure di codeste docce si può vantare estesa conoscenza. Nelle stenosi nasali, dopo avere preparato il cilindro come per l'aria compressa (v. pag. 64)

al tubo di gomma si aggiunge, invece della maschera, un altro che termina con una oliva simile in tutto a quella della doccia **Weber** (v. fig. 16). Questa oliva s'introduce in una narice, e si lascia fluire l'aria, che si comporta esattamente come l'acqua nel-



Fig. 15.



Fig. 16.

l'irrigatore **Weber**: cioè refluisce per l'altra narice, determinando contrazione del velo. Laonde, la dilatazione si esercita nella narice ov'è applicata l'oliva per la corrente d'aria affluente, ed in quella opposta, per l'aria reflua. Io consiglio ed adopero il maximum della pressione (12 chilogrammi), facendo vuotare 3 o 4 cilindri, ed anche più, se ne è il caso.

Dopo tutto quanto ho compendiato, e senza uscire dai limiti della *storia*, mi è lecito formulare un voto, ed è: che la aeroterapia guadagni presto presso di noi quel credito che tiene in paese straniero, e la sistematica opposizione, ed i cavilli, e le false interpretazioni, diano invece luogo a maturo e ponderato giudizio.

BIBLIOGRAFIA

HAMEL. Lettre au Professeur PICTEL sur la cloche des plongeurs. Bibl. univers. des sciences, belle lettres et arts de Génève 1820. T. XIII. — COLLADON. Rélation d'une de scente en mer dans la cloche des plongeurs. Paris 1826. — TABARIÉ. Mémoire sur le système de bains d'air généraux et locaux, applicables à l'hygiène et à la thérapeutique, etc. 1832 — JUNOD. Recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la compression de l'air etc. 1835 — VIVENOT. Zur Kenntniss d. physiol. Wirk. u. d. therap. Anwendung d. verdicht. Luft. — GLAISHER e COXWELL. Voyages aériens — JOURDANET. De l'influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme. — VIVENOT e LANGE. Ueber d. Einfl. d. verstärk. u. vermind. Luftdr. auf. d. Mechan. u. Chem. d. Respiration. — VIVENOT e LANGE. Ueber d. Zunahme d. Lungencapac. bei therap. Anwend d. verdicht. Luft. — LANGE. Ueber comprim. Luft. Ihre physiol. Wirk. u. ihre therap. Bedeut. — VIVENOT. Ueber d. Veränd. d. Körpervärme unter d. Einfl. d. verstärk. Luft. — SANDAHL. Des bains d'air comprimé. — FOLLEIJ. Du travail dans l' air comprimé. — MILLIET. De l'air comprimé au point de vue physiologique. — BAUR. Aertzlich. Bericht ueber d. and. Arbeitern in comprim. Luft etc. — PRAVAZ. Mém. sur l'emploi du bain d'air comprimé etc. 1840. — PRAVAZ. Observations rélatives aux effets thérap. des bains d'air comprimé. 1840. — PETREQUIN u. LEVINSTEIN. Grundzüge zur pract. Otiatrie mit Berücksichtig. d. neuesten Therap. u. d. Anwend. d. pneumatischen Kabinets. — LANGE u. SMOLER. Die Anwendung d. comp. Luft in Krankh. d. Gehörorganes. — PRAVAZ. Mém. sur l' emploi de la compression au moyen de l'air comprimé dans les hydrartroses. 1843. — BOTTINI. Gaz. Med. Ital. Stati Sardi. Relazione degli stabilimenti pneumatici esteri. 1853. — B. POL et T. J. J. WATELLE. Mémoire sur les effets de la compression de l' air appliquée au creusement des puits à Louille. Annales d'hygienè publique et de médecine légale, 1853, pag. 279. — SCHULTZ Briefliche Mittheilungen aus Nizza. Deutsche Klinik. 1857. — A. SIMPSON. Compressed air as a therapeutic agent. Edimbourg. 1857. — LAMEY FLEURY. Sur les effets de l'air comprimé. Révue de deux mondes. 1857. — BOTTINI. Dell'aria compressa come agente terapeutico. 1857. — BERTIN. Étude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé dans le traitement de div. mal. sélon les procedés medico-pneumatiques ou d'atmosphérie de M. E. TABARIÉ. — POYSER. On the treatment of chronic and others diseases by baths of compressed air. — LANGE e LEWINSTEIN. Beobacht. ueber d. Einwirk. d. verdich. Luft bei Krankh. der Resp.-u. Circul-Organe —

LANGE u. FREUD. Erfahrungen über d. Anvend. d. compr. Luft.— PRAVAZ. De l'emploi et du mode d'action de l'air comp. dans le traitement des difformités du thorax. 1863.—JOSEPHSON. Deutsche Klinik 44, 45, 1864. Die therapeutische Anwendung der comprim. Luft ausserhalb der Glocke. — ELSAESSER. Zur Theorie d. Lebenserscheinungen in comprim. Luft. 1866. — G. R. LIEBIG. Der pneumatische Apparat zu Reichenhall u. andere Fortschritte des genannten Curortes. Bayer ärtl. Intelligenzbl 1867. — FREUD. Erfahrungen über die Anwendung der comprimirten Luft. Wiener med. Presse. 1867. — VINCENT BRODOWSKI. Gazeta lekarska. 1867. — PR. LORTET. Recherches physiologiques sur le mal des montagnes. Paris. 1869. — H. WEBER. On the treatment of phthisis by prolonged residence in elevated regions. London. 1869. — G. R. LIEBIG. Asthma bei Lungenemphysem, Besserung durch erhöhten Luftdruck. Bayer ärtzl. Intelligentbl. 1870. — HAUKE. Ein Apparat zur künstl. Resp. u. dessen Anwend. zu Heilzwecken. 1870. — WALDENBURG. Ein transportabler pneumatischer Apparat zur mechanischen Behandlung der Respirationskrankheiten. Berl. klin. Wochenschrf. 1873. — WALDENBURG. Ueber die mechanische Wirkung des transportablen pneumatischen Apparates auf Herz u. Blutcirculation. Ivi. 1873.—VON CUBE. Der pneumatische Dop-apparat und das combin. Verfahren bei der mechan. Behandlung der Krankheiten der Respirationsorgane. Wien. Medic. Wochenschrf. 1874. — FRAENKEL. Demonstration eines pneumatischen Apparat. mit gleichmässiger Wirkung und unbegrenzter Wirkungsdauer. Berl. klin Wochenschrf. 1874. — TOBOLD. Zur Lungengymmastik. Deuts. Klinik. 1875 — J. SCHNITZLER. Die pneumatische Behandlung der Lungen — u. Herzkrankheiten. Wiener Klinik. 1875. — JOURDANET. Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme, Climats d'altitude et climats de montagne. 1875. — WALDENBURG. Die locale Behandlung d. Respir. un Circulations-Krankh. 1875. —FORLANINI. Brevissimi cenni di Aeroterapia. 1875. — LEPIDI-CHIOTI. Rivista di aeroterapia ; giornale il Morgani. Anno XVII, 1875, fascicolo X e XII.— CASORATI. Rivista Critica. Sulla Cura Pneumatica: giornale lo Sperimentale tomo XXXVII , giugno 1876. p. 640 e tomo XXXVII, agosto 1876 , p. 195. — GIULIANI Apparecchio respiratorio a semplice ed a doppio effetto. 1876. — SOMMERBRODT. Ein neuer Sphygmograph und neue Beobachtungen an den Pulscurven der Radialarterie. Breslau. 1876. — BERT. La pression barométhrique. 1877. — FONTAINE. Sur les effets phys. et les appl. thérap. de l'air comprim. 1877. — BRÜGELMANN. La cura delle inalazioni nelle malattie dei pulmoni , della trachea e dei bronchi Traduzione di VALENTI, 1877. — MASSEI. Prelezione al corso di Laringoscopia e Terapia locale dei morbi

respiratorii; giornale Internaz. delle Scienze Mediche. 1877. Anno I, numeri 2 e 3. — MASSEI. Caso di asma guarito col trattamento pneumatico, giornale il Morgagni, Fasc. agosto e settembre 1877. — MASSEI. Intorno alle inalazioni di ossigeno nelle malattie pulmonari e cardiache. Rivista nel nuovo giornale Internaz. delle Scienze Mediche, 1877. Anno I, N. 2. — TOMMASI. Breve discorso in occasione dell'apertura dell'Istituto Aero-Terapico nello Stabilimento idroterapico del Dott. GUARIGLIA. Napoli, 1878. — NESTI. Rivista Terapeutica nel giornale lo Sperimentale, maggio 1878. Anno XXXII, tomo XII. Considerazioni fis. e terap. sull'aria condensata, per A. GRAND. (Thése de Paris e Journal de Thérapeutique, aprile 1877). — FORLANINI. Rivista d'Aero e Climatoterapia. Bollettino dell'Istituto medico-pneumatico di Milano. Napoli 1878. — FORLANINI. Le espirazioni nell'aria compressa cogli apparati pneumatici trasportabili. Ivi. — BAMBERGER. Ueber Aerotherapie. Vortrag gehalten in Verein der Aerzte für Steiermark. Wiener med. Presse. 1879. — CRON. Beitrag zur pneumatischen Therapie. Berl. Klin. Wocbenschrf. 1879. — SCULTZE. Zur Erkenntniss der nach Einwirkung plötzlich erniedrigten Luftdrucks eintretender Rückenmarksaffectionen. Virchov. Archiv. LXXIX. 1879. — LEYDEN. Ueber die durch plötzliche Verminderung des Barometerdrucks entstehende Rückenmarksaffection. 1879. — MASSEI. Un caso di emottisi curato colle espirazioni nell'aria compressa. Lettera al Dott. C. FORLANINI. Rivista d'Aero e Climatoterapia, Fascicolo di Gennaio 1879. — LIEBIG. Das Pneometer, Deutsche med. Wochenschrf. 1880. — GUARIGLIA. Un caso di bronchite cronica con asma ricorrente ed enfisema vicario guarito colla cura di aria compressa nella camera pneumatica. Morgagni, fascicolo di Gennaio 1880. — FREANKEL. Ueber den Einfluss der verdichteten und verdünnten Luft auf d. Stoffwechsel. Zeitschrf. f. klin. Med. 1880. — ROSSBACH. Lehrbuch der physikalischen Heilmethode. 1881. — MASUCCI. Docce nasali d'aria compressa, semplice e medicata, secondo il metodo del Dott. MASSEI. Napoli. 1881. — MASSEI. Tre casi di asma guariti col trattamento pneumatico. Clinica delle malattie del tratto respiratorio. 1882. — OERTEL. Handbuch der respiratorischen Therapie. nel v. ZIEMSSEN's Handbuch der Allgemeinen Therapie. Leipzig, 1882. — MOELLER. Terapia locale delle malattie dell'apparecchio respiratorio colle inalazioni medicamentose ed aeroterapia. Prima traduzione italiana del Prof. A. FASANO. Napoli, 1884. — PETTERUTI. Note cliniche e terapeutiche relative ai morbi delle vie respiratorie ed ai diversi rimedii e metodi curativi al proposito sperimentati. Rivista Internazionale di Medicina e Chirurgia. Anno. I. 1884. — FASANO. Storia ed importanza dell'Aeroterapia in medicina. Prelezione. Torino, 1885.

IL RASCHIAMENTO DELLE CORDE VOCALI

pel dott. GIULIO MASINI

specialista per le malattie della gola, del naso e degli orecchi.

Sono oramai passati cinque buoni anni, dacchè il LABUS pubblicava i risultati delle sue esperienze nella cura di alcune forme di laringite iperplastica con il raschiamento, e nessuno, ch'io mi sappia, ha dopo quella pubblicazione aperto più bocca, nè detto verbo e tanto meno pubblicata un'altra storia clinica come contributo al metodo di cura proposto, e splendidamente dimostrato utilissimo con la narrazione di non poche e concludenti storie. E cosa strana, in questi cinque anni non è venuta in mente, ad alcuno straniero, l'idea di copiare esattamente il metodo indicato e spacciarlo per suo e per cosa nuova, come non raramente avviene, e come anche lo stesso LABUS ne deve saper qualche cosa. (*Vedi fantoccio laringoscopico*). Sicchè, onde il non avvenuto in questo tempo, non abbia ad avvenire in seguito, ho creduto opportuno di pubblicare queste due storie cliniche, che allo argomento si riferiscono. È vero che oggi non si dovrebbe imprendere pubblicazione di nessun genere se non arricchita di una lunga fila di osservazioni (*vattelo a pesca se poi vere*) che dimostrino la lunga pratica e la grande valentia dello scrittore nella branca nella quale ei suole svolgere i suoi talenti scientifici; ma io, senza occuparmi di ciò, derogo a questa regola capitale sperando che mi si vorrà leggere lo stesso, anche con la considerazione che parlando io di roba nata e cresciuta in casa nostra un pò di orgoglietto nazionale lo sentiranno tutti, visto e considerato che se da noi stessi, non procuriamo di farci conoscere, fuori d'Italia si ostinano a credere che se a noi vien detto *di non avere il naso, ce lo tocchiamo subito*. E dopo questo legittimo sfogo dovuto a quell'aurea sentenza che suona — *experientia docet* — dirò brevemente quel che ho veduto e quel che ho fatto, sperando di non far buttar via il tempo a nessuno.

Una delle malattie più frequenti della gola è certo quella forma cronica di laringite, che ha diversi aspetti a seconda del luogo nella quale è impiantata, a seconda del tempo nella quale si osserva e che dagli autori venne ora chiamata laringite cronica solamente, ora laringite glandulosa, tuberosa, ipertrofica, specialmente rispetto alle corde vocali. Però tutti o quasi tutti sebbene ne parlino in capitoli separati, sogliono ritenere tutte queste va-

rietà, come manifestazioni diverse della stessa malattia e solo differenti per differente sede di impianto. Io appartengo alla categoria ultima, perchè lo svolgersi della malattia e le nostre cognizioni anatomo-patologiche sull'argomento ci portano per conseguenza a questa affermazione. Nel caso presente non mi occuperò, nè descriverò tutte le fasi della laringite cronica, nè tutti i modi, nè le ragioni per le quali ora abbiamo una forma piuttosto che un' altra; perchè per il mio tema debbo solamente trattare della ipertrofia diffusa della mucosa laringea, specialmente delle corde, e di quelle forme nelle quali si riscontrano, parzialmente o totalmente sulle stesse delle granulazioni e nella loro forma più grave: cioè nella glandulosa e nella tuberosa. Lo studio di queste forme è oltremodo importante dal lato etiologico e dal lato terapeutico, perchè senza bene stabilire e questo e quello, si può andare incontro a commettere degli errori grandissimi e tali da farci perdere la fiducia dell'ammalato e quel che è peggio, invece di migliorarne le condizioni, ridurlo a mal partito. Infatti per procedere ad una sana terapia, che risponda sotto tutti i rapporti alla vera indicazione del male, occorre nello stabilire la diagnosi essersi con ogni accuratezza accertati come la forma che ci proponiamo di curare sia il prodotto di una infiammazione semplice e non quello di una flogosi specifica infettiva: come ad esempio nella tubercolosi, nel lupus, nella lebbra, nella sifilide ecc. Le quali, oltre ai caratteri delle lesioni locali, danno delle manifestazioni in altre parti, che ci possono con sicurezza guidare sulla via capace a poterci bene illuminare sulla natura della lesione che ci proponiamo di curare; ma che talvolta nascondono la loro vera essenza e ci lasciano soli con le manifestazioni locali come unica guida nella interpretazione della malattia.

E qui giova ricordare come in un caso studiato dal dott. O. Masini nella scuola di anatomia patologica diretta dal prof. Salvioli, si osservò che la laringe di un individuo ivi sezionato presentava delle alterazioni macroscopiche tali da ritenerle come conseguenza di un processo tubercolare.

Asportata la laringe, ecco che cosa si notava: a prima vista colpiva un certo grado di tumefazione diffusa della mucosa laringea la quale aveva diminuito l'ampiezza del vestibolo e presentava qua e la delle rilevatezze che avevano il suo maximum di sviluppo nella regione delle corde vocali. Interessa assai che io fissi l'attenzione sulle alterazioni di questa parte, come quella che per le parvenze acquistate dal malore aveva preso uno speciale interesse dal doppio punto di vista anatomico e clinico.

Le corde vocali inferiori enormemente ingrossate avevano del tutto perduta la loro normale apparenza, erano divenute carnose

a bordi rotondeggianti, con superficie mamellonata a guisa di piccoli noduli confluenti. Le corde vocali superiori pure ingrossate ma più uniformemente; e per l'ingrossamento delle inferiori era quasi scomparsa la cavità dei ventricoli.

Dall' insieme dei fatti saremmo stati indotti a ritenere queste lesioni di natura tubercolare, quando in altre parti avessimo avuto lesioni di eguale natura.

E qui giova ricordare come lo ammalato morto per tutt'altra malattia (polmonite franca) non lasciò riscontrare nessuna alterazione tanto macroscopica che microscopica che alla tubercolosi si potesse riferire. E ciò a priori non servirebbe ad escludere assolutamente la natura tubercolare delle alterazioni ritrovate nella laringe in esame, se le nostre indagini non fossero state avvalorate dal reperto microscopico, il quale rispetto ai bacilli era del tutto negativo.

Presa la laringe e fatta convenientemente indurire dapprima nel liquido di MÜLLER onde poter studiare le alterazioni che si erano ordite sull'epitelio, e messa poi in alcool, facemmo dopo diversi giorni dei tagli, dei quali alcuni furono colorati col carmino-borace, altri trattati col processo di colorazione classico per i bacilli tubercolosi, seguendo l'utile modificazione del prof. ANGELO PETRONE, che alla soluzione al terzo di acido nitrico sostituisce l'acido acetico. (Questa modificazione è utile accettarla senza restrizione perchè ci da uno scoloramento più sollecito dei preparati, ed i bacilli, che come è noto non vengono scolorati dai mezzi acidi, si osservano con maggiore chiarezza e precisione).

Nei preparati colorati col carmino-borace si notava che l'epitelio pavimentoso era notevolmente aumentato di spessore, ed in alcuni punti mandava degli zaffi che si approfondavano nel tessuto sottostante. Le cellule epiteliali si presentavano ben conservate, sufficientemente colorato il nucleo, come pure la forma e la granulosità del protoplasma. Lo strato subepiteliale e proprio della mucosa mostrava, oltre ad una discreta quantità di cellule linfoidi annidate in un tessuto fibrillare connettivo più stipato e più spesso dell'ordinario, le glandule mucipare esse pure prese dagli effetti della lenta flogosi, che in questa parte si era sviluppata. I vasi sanguigni erano ripieni di sangue, come più dilatati del normale erano i vasi linfatici. Le nodosità che si osservavano macroscopicamente sulla superficie delle corde erano la conseguenza della ipertrofia glandulare, come da ammassi di cellule embrionali le quali avevano l'apparenza tubercoliforme.

I preparati trattati col processo di colorazione KOCH-ERLICH non fecero scoprire in nessuna parte la presenza dei bacilli tubercolari, anche là dove la infiltrazione delle cellule embrionali era

maggiore. Motivo per cui fummo costretti a ritenere tali lesioni come la conseguenza di cordite cronica con iperplasia notevole della mucosa.

Il fatto raccontato mi pare abbastanza chiaro e concludente per dimostrare come sia oltremodo necessario usare di tutta la nostra attenzione nel procedere alla diagnosi di queste forme di male, onde la cura *chirurgica* che abbiamo in animo di intraprendere, possa portare i suoi buoni effetti. Ma perchè meglio emerga il vantaggio della cura, che io con questa memoria propongo come base principale in queste alterazioni, non sarà del tutto inopportuno il ricordare come soglia insorgere e decorrere il processo d'iperplasia nelle località, che noi abbiamo intrapreso a studiare.

Noi sappiamo dall'anatomia patologica come le cause della neoformazione patologica sono da ricercarsi in diversi momenti e che la irritabilità nutritiva e formativa (Virchow) delle cellule abbisogna per svolgersi di uno stimolo proveniente dallo esterno; purchè queste cellule abbiano la capacità in un caso determinato di prendere dal sangue in maggior quantità il materiale nutritivo, di assimilarselo e di impiegarlo alla formazione di nuovo protoplasma. Ma questi stimoli capaci di eccitare le cellule ad una attività maggiore, di quale natura saranno? — Alla dimanda non è così facile dare un'esatta risposta; pure valendoci delle cognizioni fino ad oggi acquisite dalla scienza, credo siamo autorizzati a ritenere come l'attività nutritiva e formativa delle cellule patologicamente aumentata, sarebbe provocata o dall'aumento degli stimoli fisiologici o dalla diminuzione delle resistenze fisiologiche dello sviluppo, ovvero direttamente dalla influenza degli stimoli esterni.

Alcune esperienze ci inducono a credere che molte cellule, anche quando con la connessione delle parti vicine formano un sol tratto nella struttura del tessuto, possiedono ancora per un dato tempo la proprietà di proliferarsi sotto date condizioni e ciò specialmente per quelle cellule il cui protoplasma ha subito poche trasformazioni.

Molti autori (Stricker, Neumann, Böttcher) ammettono che stimoli esterni, cioè sostanze fisico-chimiche agendo sulle cellule le eccitino alla proliferazione. Altri (Conheim, Ziegler, Key, Rezius, Eberth) non possono essere della stessa opinione, basandosi sul fatto che quegli agenti distruggono, non eccitano e non solo le parti colpite si disgregano, ma spesso vanno incontro alla degenerazione anche le parti limitrofe, esempio l'azione dei caustici. Tutto al più si può ritenere che stimoli esterni di lievissima intensità, incapaci di offendere la cellula, la eccitino e dieno

luogo alla proliferazione, la qual cosa non è per ancora dimostrata. Ma se stimoli esterni non sono capaci di dar luogo al processo di proliferazione, la spiegazione del fatto non può essere data che dal ricorrere all'azione degli stimoli fisiologici della vita. Sappiamo che allo stato fisiologico i momenti che favoriscono ed ostacolano la proliferazione cellulare si tengono in equilibrio: ora se questo equilibrio è disturbato in favore delle forze, che promuovono la proliferazione, le cellule si mettono in via di accrescimento e di moltiplicazione.

Un simile aumento non può concepirsi che ammettendo l'aumento di quegli stimoli di cui abbisognano le cellule per la loro conservazione, oppure che aumenti il materiale nutritivo, teorica più specialmente questa ultima caldeggiata da Conheim, contro Virchow ed altri, e credo anche io con ragione, che ritengono la cellula attiva e non passiva nella sua nutrizione.

Ed in tesi generale sembrandoci di aver detto abbastanza e fissando la nostra attenzione sul fatto che l'iperplasia non può aver luogo se non vi è aumento di stimoli fisiologici, o diminuite resistenze fisiologiche o l'azione degli stimoli esterni, mi pare che nel nostro caso il fatto delle lesioni laringee sia da ritenersi come il prodotto di tutte e tre questi momenti presi insieme: vale a dire che uno solo di essi momenti non sarebbe capace di dar luogo a quello che comunemente sogliamo osservare nel processo morboso, che nella forma cronica della laringite si osserva. Ed infatti, come abbiamo detto più sopra, nei preparati microscopici relativi a laringiti croniche iperplastiche, si nota come fatto più saliente la enorme infiltrazione di cellule linfoidi del tessuto ammalato, insieme all'aumento di volume e di numero delle cellule fisse costitutive il tessuto medesimo.

Riguardo poi alla obiettivita clinica laringoscopica della laringite in parola, per ovviare a ripetizioni inutili dirò qualche cosa nella prima storia diffondendomi piuttosto lungamente sulle particolarità che si osservano.

Ed eccomi ora a dire del metodo di cura adoperato. Saputo e risaputo è oramai da ognuno il quale abbia anche una lontana idea della laringologia, come nelle forme iperplastiche della laringite sieno affatto inutili le pennellazioni, le polverizzazioni, con liquidi astringenti o i diretti toccamenti con i caustici e che da queste svariate e multiformi medicature non ritraggano nessun vantaggio i malati e poco onore i curanti. Mentre dopo la pubblicazione del Labus, ben chiaramente è risultato per ognuno il vantaggio della cura chirurgica onde ottenere la guarigione radicale di questa malattia. Sono state queste considerazioni quelle che mi spinsero ad adoperare lo stesso metodo in un classico

caso che ebbi occasione di curare or fanno tre o quattro mesi. Cura che potei condurre con tutta la precisione voluta per mezzo di quell' impareggiabile prodotto che è la cocaina, che non mi stancherò mai di lodare ed additare a tutti coloro, i quali vorranno manovrare nella laringe con la stessa sicurezza e facilità, con la quale sogliamo operare sopra parti esterne dell'organismo.

Mi sono servito del medesimo istrumento di Labus *(polypenquetscher di Türck)*, ma non avendo potuto con questo istrumento ottenere completamente quello che mi era prefisso, così fui costretto apportarvi una leggera modificazione, che mi permettesse di poter bene raschiare anche la superficie superiore delle corde vocali; e della pinzetta di Schroetter quando sui bordi della corda non mi era possibile ottenere l'effetto con la prima.

Ecco ora le storie cliniche promesse.

Padre Antonio Silvelli, capuccino, predicatore, si presentò a me il 20 marzo del corrente anno, accusando abbassamento di voce e difficoltà a parlare lungamente così da esser stato costretto a faticare enormemente per poter disimpegnare l'incarico affidatogli dalla Chiesa di S. Jacopo e Filippo di Fabbricciano nella da poco passata quaresima. È un uomo sulla cinquantina, pingue anzichè no, ma dall'aspetto di persona sana e robusta. Non ha mai sofferto malattia di qualche importanza, tranne che da circa quattro anni, durante la stagione invernale, va incontro a catarri ricorrenti tracheo-bronchiali che lo fanno piuttosto male stare, ma che passata la stagione del freddo lo lasciano completamente libero come se non avesse avuto mai niente. Nel novembre dell'anno passato incominciò ad avvertire i primi disturbi per parte della laringe caratterizzati da una tossettina secca, insistente, a forma di *hem* e da abbassamento o meglio da mancata tonalità della voce. Fece le solite cure, con le solite tisane e si mangiò non so quante mai scatole di pastiglie di Lichene, Tridace ecc. ma senza nessun risultato; fece pure sotto uno *pseudo-specialista* un tentativo di cura con polverizzazioni, non so di che genere, ma pare di allume e non ottenne niente, lasciando così che il tempo passasse e peggiorassero le condizioni della parte.

Come diceva, venuto da me nel marzo per essere una buona volta liberato dai disturbi di cui era passivo, potei riscontrare una discreta iperplesia tonsillare, faringite catarrale cronica e dalla parte della laringe la nota forma iperplastica di laringite, rappresentata più specialmente dalle lesioni delle corde vocali, che credo opportuno di quì riferire.

La corda vocale destra ammalata per tutto il suo spessore presentava la muccosa ingrossata, di colorito rosso mattone pallido,

rilasciata, a superficie irregolare, mamellonata, col bordo ingrossato, rotondeggiante, che nel momento della fonazione non aveva il completo parallellismo con l'omonima e faceva vedere piccoli rientramenti e nodosità.

Nella corda vocale sinistra si notavano presso a poco i medesimi fatti, tranne che l'alterazione era meno pronunciata e la corda era solamente presa per un breve tratto della porzione interligamentosa col resto della medesima in condizioni affatto normali.

Dimodochè non si aveva a fare che con una di quelle solite forme di laringiti croniche le quali hanno per loro massimo coeficiente l'ingrossamento delle corde vocali. Accertatomi così della diagnosi ed essendo sicuro omai di che cosa si trattava, fatti per una quindicina di giorni , tanto per giustificare in faccia all'ammalato l'atto operativo, alcune polverizzazioni e toccamenti con pennelli inzuppati in medicinali astringenti od alteranti, senza alcun miglioramento apparente, proposi di fare il raschiamento delle corde col metodo del prof. Labus.

Ottenuta la tolleranza della laringe con ripetute pennellazioni di cocaina idroclorata al 20°, introdussi le mie pinzette e nell'atto dell'inspirazione, al momento che le corde tendono ad appianarsi , afferrai la muccosa iperplasiata e la asportai per una discreta estensione, la qualcosa ripetuta per tre o quattro volte di seguito mi portò a rendere completamente libere le corde del tessuto abnorme dal quale erano ricoperte. E questo il metodo migliore indicato e seguito anche dal suo inventore e giustificato dal fatto che è appunto nel momento della inspirazione che è possibile di meglio afferrare la muccosa, perchè appunto nel sopradetto movimento delle corde, questa viene a raggrinzarsi facendo delle pieghe, che non è molto difficile di poter afferrare ed asportare con la maggiore prontezza.

Strappata la muccosa iperplesiata, il di sotto si mostrò bianco come nello stato normale, non vi fu quasi nessuna fuoriuscita di sangue e solo appena fu macchiata la saliva, la voce sul subito ritornò chiara per scomparire subito dopo quasi affatto in conseguenza di paralisi dei sottoposti muscoli tiro-aritenoidei interni; non avemmo nessuna reazione ed io potei essere contento del mio tentativo operatorio sicuro che la guarigione definitiva sarebbe presto avvenuta. Licenziai il mio ammalato raccomandandogli tutte le cautele possibili onde l'operazione avesse a sortire un buon esito. Anzi trattandosi della prima , di questo genere, da me eseguita credei opportuno di sorvegliarne da me stesso il decorso fino a che non fui sicuro della riuscita. Oggi dopo quattro mesi posso dire che la guarigione è completa , la voce è tornata bella e

chiara come per lo avanti e come fu constatato anche dall'egregio collega dott. Franchi, che pure si occupa di laringologia, presente all'operazione e al ritorno del Silvelli.

La seconda volta ebbi l'opportunità di praticare la medesima operazione per una lesione laringea molto meno grave della prima, sopra un tale Gigiotto di Certaldo venditore ambulante, che si presentò alla medicheria gratuita pochi giorni dopo che aveva ottenuto sì brillante risultato nel primo tentativo. Non stetti in forse e senza occuparmi di altro, dopo aver veduto come la lesione estesa solo a due terzi della corda vocale sinistra era facile ad essere attaccata, anestesizzata la laringe, vi penetrai con le mie pinzette e tolsi tutto quanto il tessuto anormale, e non contento di questo volli dare una piccola raschiatina anche alla corda vocale sinistra nel suo terzo medio, punto nel quale un leggerissimo arrossamento mi dava indizio dello stesso processo svolgentesi anche in questa località. In questo caso avemmo una sola particolarità, e fu che la guarigione avvenne più sollecitamente di quello che non avremmo sperato.

Non occorre dire come le cure consecutive a questi atti operativi sieno affatto nulle e, tranne un pò di ghiaccio subito dopo e se si vuole qualche polverizzazione detersiva antisettica da seguitarsi per due o tre giorni, non ci è proprio nulla da fare, essendochè le cose vadano per il meglio senza l'intervento di alcun altro agente terapeutico.

Ed ora mi parrebbe venuto il momento di parlare un pò chiaramente sulla cura di questa malattia curata sempre col medesimo sistema e nel medesimo modo, pur sapendo quanto sia difficile il raggiungere la guarigione con mezzi così disadatti e poco consoni al progresso della nostra specialità. *Transeat* quando per introdurre una pinzetta nella laringe occorrevano quindici, venti e qualche volta anche più giorni per abituare la parte al contatto dell'istrumento; ma oggi che mercè l'uso della cocaina questo inconveniente è assolutamente tolto, non è più giustificato nè giustificabile un simile procedere per coloro i quali hanno fatto della laringologia l'oggetto dei loro studi prediletti. Sono pratiche che debbono essere lasciate a quelli tra i medici, i quali hanno l'obbligo di pur far qualche cosa, non sapendo che poco o niente di laringoscopio o, costretti dalle molteplici occupazioni, debbono trascurare questo mezzo importantissimo per la diagnosi di numerose e svariate malattie. Essi in faccia ai pazienti possono avere una scusa, noi certo non la possiamo sperare; quando sapendo di poter far bene, ci atteniamo al partito peggiore, che se non è quello di far male, nello stretto senso della parola, ci si avvicina però di tanto da farlo non solo supporre ma credere fer-

mamente. Così non sarò certo tacciato di esagerato se dirò come sia oramai da molto tempo bandita dagli studì dei laringoiatri Italiani tutta quella enorme schiera di farmaci, con a capo il nitrato di argento, solita ad essere usata in simili contingenze e che tutti si servono da molto tempo della medicatura chirurgica, avendone costantemente dei risultati sotto tutti i rapporti brillantissimi. Nè a contradirmi giova il fatto delle mancate pubblicazioni sull'argomento dalla prima del LABUS in poi, quando si sappia come in Italia abbiamo l'abitudine, non so poi se buona o cattiva, di poco andar suonando le nostre bravure negli orecchi de'nostri vicini. Non è egli forse vero come tante delle più belle, e francamente diciamo più utili scoperte scientifiche, fatte dai più chiari ingegni Italiani, rimangono per gli stranieri lettera morta? Non è egli forse vero, che spesso ci cala dall' alpi una sinfonia spacciata per nuova, mentre da noi la cantavamo già su tutti i tuoni? Chi sa queste cose non farà certo le meraviglie del lungo silenzio sul raschiamento delle corde vocali e riterrà vera, avendolo toccato con mano, la giustezza della mia asserzione.

Sono dolente di aver dovuto scrivere queste cose, ma vi sono stato sforzato dall'aver trovato nei miei viaggi all'estero così poco apprezzato il valore dei più bravi laringoscopisti Italiani, che davvero mi sarebbe stato impossibile il fare altrimenti senza che non mi fosse sembrato averne un rimorso di coscienza.

Non abbiamo forse noi e il LABUS e il MASSEI i quali da lungo tempo capitanano un'eletta schiera di giovani volenterosi i quali non hanno nulla da invidiare a coloro che oltre alpi pretendono farci i maestri? Oh! dei maestri ne abbiam tutti bisogno e degli insegnamenti debbono giovarsi tanto essi dei nostri, come noi ci gioveremo dei loro.

Io sto da qualche tempo studiando i progressi di questa specialità fra noi e dopo aver veduto le cliniche di Milano, di Napoli, di Genova, di Firenze, posso con sicurezza accertare che è oramai venuto il momento, nel quale si possa asserire, senza tema di essere contradetti, come in Italia sia possibile diventare esperto laringoscopista senza ricorrere a Parigi o a Londra ad imparare delle dottrine, che in casa nostra ci sono insegnate da cultori del pari valenti. Questo spero poter dimostrare luminosamente fra breve in una particolareggiata relazione, provando come queste parole io scrissi *per ver dire, nè per odio d'altrui, nè per disprezzo.*

Luglio 1885.

FANTOCCIO LARINGEO

del Dott. I. BARATOUX

Questo apparecchio costruito dal sig. Gaiffe, Ingegnere Elettricista di Parigi, serve per addestrare i medici: 1) ad oltrepassare il canale bucco-faringeo senza toccare le sue pareti; 2) a portare un istrumento in un punto della laringe, anticipatamente designato; 3) ad estrarre un tumore o un corpo estraneo dalla laringe. (Fig. 1.)

L'apparecchio si compone di un tubo metallico come quello

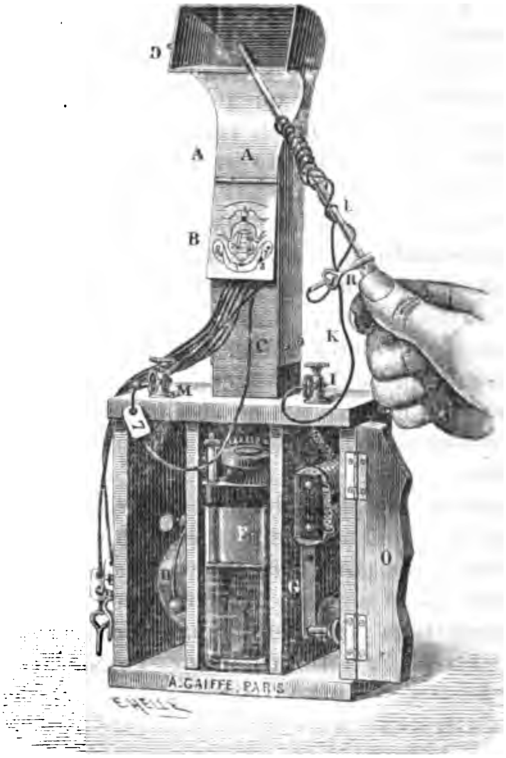


Fig. 1.

del fantoccio laringeo del Prof. Labus. Questo tubo rappresenta per quanto è possibile, la lunghezza e la direzione del canale bucco-faringeo dell'uomo. Alla sua parte inferiore è situata una

laringe artificiale di gesso, nella posizione normale che occupa nel vivo. Questa disposizione è anche quella adottata dal Dottor Garel. La laringe è attraversata da tubi metallici isolati, le cui estremità superiori terminano in diversi punti della superficie interna di essa, mentre che le loro estremità inferiori escono fuori, alla parte anteriore, per continuarsi con fili, che hanno una placca numerata corrispondente a un numero d'ordine segnato sulla laringe o sull'immagine laringoscopica, situata alla parte interna dell'apparecchio, sull'apertura B, che serve a dar passaggio alla laringe artificiale.

Alle estremità dei tubi si possono adattare piccole pallottole di cera o piccole masse metalliche attaccate ad un gambo corto, da simulare tumori artificiali di differente forma e volume, come si vede al n. 6 della fig. 2.



Fig. 2.

L'apparecchio è situato su un piede C, che poggia su una scatola divisa in tre scompartimenti. Quello di mezzo contiene due elementi di Gaiffe, F; il sinistro una soneria elettrica H, ed il destro una a sonaglio, G.

La pila è in comunicazione da una parte con l'estremo I, destinato a fissare il filo K, al quale è adattata la sonda metallica L, e dall'altra parte con un doppio filo, uno dei quali va, per la soneria, all'estremo M e l'altro al tubo B per l'intermediario del sonaglio G.

Si comprende che se uno dei poli della pila, rappresentato dal gambo L, arriva a toccare l'altro, sia il condotto bucco-faringeo B, sia l'estremo M, il sonaglio o la soneria saranno messi in movimento. Il sonaglio indicherà che si saranno toccate le pareti del canale aereo.

Dall'altra parte, si fissa all'estremo M uno dei fili, ad esempio il filo F, della laringe artificiale (questi fili sono in numero

di otto nella figura). Allorchè la sonda L toccherà il punto F della laringe artificiale, essendo chiusa la corrente, si metterà in movimento la soneria elettrica; e così si saprà che si è toccato il punto anticipatamente designato. Si può a volontà rimpiazzare il filo F con uno dei fili della figura.

Si comprende che la soneria ed il sonaglio funzionano nello stesso tempo, se la sonda tocca simultaneamente le pareti del tubo ed il punto della laringe artificiale, che si sarà messo nello stesso momento in rapporto con l'estremo M.

Per estrarre un corpo estraneo o un tumore, si farà uso degli istrumenti impiegati a tale scopo. Unendo questo istrumento al filo K, si sarà avvertiti che si sono toccate le pareti del tubo, allorchè il sonaglio si metterà in movimento. Riunendo all'estremo M uno dei fili, la cui estremità laringea porterà un tumore in metallo, la soneria indicherà che l'istrumento l'afferra.

Si vede adunque che questo apparecchio, semplice e completo, è destinato a rendere dei servigi nelle manovre laringoscopiche.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Fletcher Ingals. *Dental formation in the nasal cavity.* (*Formazione di un dente nella cavità nasale*).

Nella narcosi cloroformica, col serranodo fu asportato un corpo estraneo dalla fossa nasale sinistra. L'esame di questa produzione fece notare che essa era un dente soprannumerario, lungo 2 centimetri, analogo ad un canino. Stava sul pavimento, 4 centimetri posteriormente alla narice. (*The Lancet*)

F. Petersen. — *Ueber subperichondrale Resection der knorpeligen Nasenscheidewand.* (*Sulla resezione subpericondrica del setto cartilagineo del naso*).

In adolescenti affetti dà deviazione del setto , nella sua porzione inferiore o media, l'A. ha praticato tre volte, e con successo, la resezione sub-pericondrica, di circa 1 centimetri di altezza, della cartilagine deviata.

Sulla convessità anormale del setto si pratica una incisione *perpendicolare*, che tanto in alto, quanto posteriormente viene condotta fin dove si vuole risecare. Una seconda incisione, *orizzontale*, segue da dietro in avanti il bordo inferiore della cartilagine del setto, che Petersen asporta sempre, qualunque sia la sede della deviazione. Una terza incisione, anch'essa *perpendicolare*, praticata sulla porzione anteriore della narice, costituisce— con le due precedenti — un lembo alla sua base superiore. Resta a distaccare il pericondrio con l'elevatore. Ciò fatto, si separa il bordo inferiore della cartilagine dal setto membranoso. Indi , con l'elevatore e senza abbandonare la narice ristretta, si passa fra la cartilagine ed il pericondrio dell'altra faccia del setto, e si distacca questo pericondrio per una lunghezza sufficiente. Quando la cartilagine è completamente libera dai due lati, viene sezionata, prima da dietro in avanti, e poscia in alto, in modo che il tronco risecato abbia la forma di un V. — Procedendo in tal modo, la narice corrispondente alla concavità del setto resta completamente intatta. In ultimo si pratica la sutura

del lembo muco-pericondrico, agli angoli. Il trattamento ulteriore è semplicissimo, e la dilatazione secondaria in generale è superflua. (*Schmidt' s Jahrbücher*)

J. ISRAEL. — *Exstirpatio pharyngis carcinomatosi.*

Si trattava di un bevone di abitudine, di anni 65, affetto da catarro bronchiale cronico. Quando fu osservato dal dottore ISRAEL vi era tale disfagia, che non poteva inghiottire alcun alimento solido.

All' esame laringoscopico si nota che il bordo sinistro dell'epiglottide, il ligamento ari-epiglottico sinistro e la parete anteriore della faringe al di sotto della cartilagine aritenoide, sono la sede di un tumore verrucoso ed anfrattuoso, che non fa scorgere nulla della laringe, tranne la corda vocale superiore destra.

L' estremità della cartilagine aritenoide sinistra sporge soltanto un poco al di fuori del tumore.

Tre giorni dopo aver praticata la tracheotomia preventiva, l'A. procedette alla estirpazione della faringe.

La incisione esterna cominciava due dita trasverse avanti l' angolo sinistro della mascella , si estendeva *in dentro* dalla carotide al corno dell' osso ioide, e *in basso* fino agli anelli tracheali. Indi, dopo aver divisa la faringe, fece ruotare la laringe sul suo asse, in modo da portare in avanti la sua faccia posteriore, il che permise di asportare il tumore.

La ferita fu lasciata aperta, essendo stata tamponata la glottide con ovatta glicerinata.

Fino al quinto giorno, la temperatura e lo stato generale restarono normali; indi apparve la febbre, e l'operato soccombette nel settimo giorno.

L' autopsia fece rilevare la presenza di un flemmone gangrenoso fra la faringe e la laringe, ed una epatizzazione dei lobi inferiori dei due pulmoni. (*Virchow' s Jahresberichte*)

C. WAGNER. *A case of membranous occlusion of the larynx following diphteria; thyrotomy; cure.*
(Un caso di occlusione pseudomembranosa della laringe a seguito di difterite; tirotomia; guarigione).

Un bambino di circa otto mesi, affetto da crup, fu condotto all' ospedale. Dopo aver tentato infruttuosamente l' uso del tubo laringeo del dottor O' DWYER, fu praticata la tracheotomia. Vennero espulse un gran numero di pseudo-membrane. Il bambino guarì, ma fu impossibile di ritirare la cannula, giacchè ad ogni

tentativo di allontanarla si producevano dispnea ed accessi di soffocazione. L' A. allargò l' apertura tracheale, e non rinvenne che poche granulazioni sui bordi della ferita.

Egli allora, constatando che la dispnea era soprattutto inspiratoria, credette ravvisare una ostruzione laringea (papilloma o briglia cicatriziale) che risiedeva al di sopra della ferita tracheale. Praticò la tirotomia, e trovò — in fatti — al di sotto delle corde cali, un poco al di sopra del bordo inferiore della tiroide, un ponte membranoso che otturava i due terzi del lume della lavoringe. La briglia fu recisa ed asportata; la cannula da tracheotomia per precauzione fu lasciata *in situ* per alcuni giorni. Dopo poco il bambino fu rimandato guarito.

L' A. riguarda questa briglia cicatriziale come il risultato della flogosi difterica e non della tracheotomia.

(*The Lancet*)

C. Wagner. — *Ossification of the right arytenoid cartilage; separation and expulsion following thyrotomy for the removal of a papilloma.*

(*Ossificazione della cartilagine aritenoide destra; distacco ed espulsione a seguito della tirotomia per rimozione di un papilloma*).

L' infermo era un uomo a 53 anni, affetto da raucedine, in seguito ad infreddatura. In alcuni mesi sopravvennero afonia completa e difficoltà della respirazione , ma lo stato generale restò immutato. All' esame laringoscopico, l' A. constatò un ampio papilloma, indovato sul terzo anteriore della corda vocale destra. L' infermo non volle che se ne tentasse l' ablazione.

Un anno dopo l' ammalato ritorna. Il suo stato generale era stato spaventevolmente scosso; egli era smunto, allampanato, soggetto ad accessi dispnoici, coi quali si associavano intermittentemente spasmi glottici. Il tumore era talmente aumentato di volume, da riempire quasi completamente l'orificio laringeo. L'A. tentò l' ablazione colla pinza, ma infruttuosamente. Praticò allora la tracheotomia, indi la tirotomia. Al 6° giorno fu allontanata la cannula, al 17° giorno l' infermo abbandonò l' ospedale. Il tumore era stato asportato.

Alcune settimane dopo, l'infermo recò al medico un frammento espulso in un violento accesso di tosse. Fu accertato che era la cartilagine aritenoide destra.

(*The Lancet*)

GRAZZI PROF. V. — *L'Orecchio, le sue Malattie e la loro Cura.*

È questo il titolo di un libro di 181 pagina in 8° grande, estratto dalla *Enciclopedia Medica Italiana* della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi (1885).

L'Autore mostra in esso d'aver fatto tesoro di tutti gli studii, che, massime in questi ultimi tempi, hanno dato tanto incremento all' Otologia; e tutto espone con fine giudizio, vagliando le osservazioni e le teorie non ancora ben dimostrate, aggiungendo le sue ricerche particolari, in ispecie per la parte clinica.

Il lavoro è condotto con somma arte. L'Autore studia ogni singola parte dell'organo e dei suoi annessi, e di ciascuna espone, con tutta chiarezza e precisione, l'Anatomia, la Fisiologia, la Patologia e la Terapia.

È un'opera per ogni rispetto commendevole, soprattutto perchè ha un impronta d'originalità, che rivela ad un tempo la dottrina e l'amore che l'Autore possiede e nutre per questa specialità.

Ci congratuliamo col nostro egregio collaboratore, sicuri che anche i nostri lettori gli faranno plauso pel suo libro, che ha arricchito tanto onorevolmente la letteratura otologica italiana.

GRAZZI PROF. V. — *Possibili disastri ferroviarii riferibili a malattie negli orecchi degli impiegati.*

È una lettura fatta alla Società Medico-fisica Fiorentina, nella seduta pubblica del 5 Luglio 1885.

L'Autore considera le alterazioni auditive negli impiegati ferroviarii, soprattutto nei macchinisti fuochisti e cantonieri, come causa di non pochi disastri ferroviarii, per la cattiva interpetrazione dei segnali acustici, e ne cita parecchi avvenuti per tale cause; donde la necessità per le Direzioni delle Società Ferroviarie di provvedere con mezzi *regolamentari*, *igienici* e *curativi*, acciocchè l'orecchio dei suoi impiegati sia integro come l'occhio.

È un argomento assai importante, perchè eminentemente pratico, riguardando la vita dei viaggiatori; e se noi, facendo mai eccezione alla regola ne parlammo qui, lo facemmo in vista del grande affetto che ci lega al GRAZZI e perchè a molti dei nostri lettori potrà interessare l'uno e l'altro libro.

VARIA

Il Prof. MASSEI, il quale per la sua assenza ci affidava la compilazione del presente fascicolo, manda la seguente lettera che riproduciamo integralmente, per dare ai nostri lettori una breve informazione degli argomenti, trattati al Congresso di Perugia, relativi alla nostra specialità.

DOTT. F. CARDONE.

Perugia, 19 Settembre 1885.

Caro Cardone.

Oggi si chiude il Congresso, ed io tengo a dirvene qualche cosa, come promisi.

Malauguratamente, io, che non voglio, nè posso occuparmi se non della specialità, ho un compito assai limitato: di cultori di Laringologia non c'era che G. MASINI, MASUCCI ed io; capirete quindi che anche a voler far molto, avremmo sempre fatto poco, ed arrollati nella sezione di Chirurgia, avemmo il buon senso di studiarci ad esser brevi, per non annojare. GIULIO MASINI, l'autore del bellissimo articolo inserito nel presente fascicolo, fratello ad uno dei più solerti collaboratori del nostro Giornale, il Prof. ORIGENE MASINI, è giovane simpatico, svelto, intelligente: tra l'esser breve ed il tacere in tutto, egli preferì quest'ultimo espediente, con mio sommo rammarico, perchè son certo egli ci avrebbe detto cose belle ed interessanti.

Alla Sezione di Medicina, il Prof. LEVI di Firenze, fece, intorno ai novelli metodi di cura della difterite, una interessante comunicazione. Però siccome la detta Sezione avea sede all'Università e l'altra di Chirurgia nel palazzo Municipale, a me ed a molti accadde, non avendo il dono della ubiquità, di restare con le mosche in mano: non potetti ascoltare il Prof. LEVI, ma seppi che la discussione fu animata, vivace e perciò forse un pò disordinata, malgrado l'energia del Presidente, il Prof. MARAGLIANO, al quale tengo ad esprimere pubblicamente i sensi di stima e di ammirazione. Egli, tanto dotto e gentile, m'invitava a fare una comunicazione nella sua Sezione, ed io, nella lusinga di riaccendere la discussione sopra un argomento sempre carico d'in-

teresse, ne improvvisai una sulla cura del crup; ma non trovai contradittori, e solamente la voce amica e benevola del Prof. MARAGLIANO venne a dare lusinghiera interpretazione alle poche cose che abbozzai in proposito.

Torniamo dunque alla Sezione di Chirurgia, presieduta da uno dei più cari e stimabili amici miei, un chirurgo giovane per quanto valoroso, dotto per quanto amabile ed appassionato, il Prof. F. DURANTE.

Con vero compiacimento ascoltai la lettura del nostro MASUCCI sopra due casi rari: uno di spasmo vocale, un altro di diftonia. Le giuste interpretazioni che il MASUCCI seppe dare ai due fenomeni, rischiarano abbastanza il problema intricato e stupendo della fonazione.

Poche cose io dissi sulla eresipela della laringe; mi compiacqui sentire dal Prof. DURANTE che egli trovava giuste quelle mie interpretrazioni cliniche, alle quali spero poter dare la prova sperimentale.

Non vi parlo delle feste e della cordialità con cui fummo accolti: i nostri Archivii rischierebbero di dire agli abbonati cose vecchie e trite.

State sano ed amate il vostro aff.mo

F. MASSEI

Il nostro amico Dott. G. SOMMA, Direttore dell'*Archivio di Patologia infantile*, ha voluto dare un'altra prova dello smisurato amore pel suo defunto fratello Prof. LUIGI, raccogliendo in un elegante volume tutto quanto fu scritto in occasione di perdita cotanto amara.

Questi « *fiori sparsi sulla tomba* » dell'illustre Pediatra, simboleggiano la storia della sua vita attivissima e laboriosa, che il cholera del 1884 barbaramente mieteva !

Dal Giurì nominato dal 3° Congresso Internazionale d'Otologia, tenuto a Basilea, è stato bandito il concorso al premio di 3000 lire, offerto dal Barone LEONE DI LENVAL da Nizza, da accordarsi all'autore del *migliore strumento facilmente portatile, costruito sui principii microfonici, tale da migliorare l'audizione dei malati*.

La norme da seguirsi pel concorso sono le seguenti.

1. Gli strumenti destinati a concorrere devono essere inviati prima del 31 Dicembre 1887, ad uno dei membri del Giurì.

2. Saranno solo ammessi al concorso gli strumenti completamente finiti.

3. La pubblicazione del giudizio del Giurì come la consegna del premio, avrà luogo al IV Congresso Internazionale d'Otologia a Bruxelles nel Settembre 1888.

5. Se non vi sarà strumento riconosciuto degno del premio, il Giurì si riserva il dritto di bandire un secondo concorso nel 1888.

Sono Membri del Giurì i signori : Prof. D.r E. HAGENBACH-BISCHOFF, Presidente, Basilea (Missionsstr. 20); D.r BENNI, Varsavia (16, Bracka); Prof. D.r BURCKHARDT-MERIAN, Basilea (42, Albanvorstadt); D.r GELLÈ, Parigi (avenue de l'Opéra): Prof. D.r ADAMO POLITZER, Vienna (I, Gonzagagasse, 19).

Dal Comitato della *Società Francese d' Otologia e Laringologia*, riceviamo la seguente circolare:

La Società Francese d' Otologia e Laringologia terrà la sua prossima seduta in Sessione ordinaria Giovedì 15 ottobre alle 9 1|2 a. m., al Palazzo di Città del primo rione (*Place S. Germain l' Auxerrois*).

ORDINE DEL GIORNO

1) Rari casi di polipi laringei pel Dott. MOURE.

2) Perforazione del timpano, ristabilimento dell' udito per mezzo di un tampone d'ovatta pel Dott. GELLÈ.

3) Tumori papillari della cavità bucco-faringea pel Dott. BARATOUX.

4) Tumori del condotto auditivo pel Dott. BARATOUX.

5) La caffeina nella tisi laringea pel Dott. GOUGUENHEIM.

6) Crup; tracheotomia, estrazione di una grande falsa membrana dalla trachea e dai bronchi pel Dott. RAMON DE LA SOTA y LASTRA.

7) Dell' afonia per lesione nasale pel Dott. BRÉBION.

Per il Comitato
DOTT. MOURA

Il presente numero del Giornale, che avrebbe dovuto contenere un foglio di meno, dato di più nel precedente, ne contiene invece uno di più; sicchè i due fogli di più saranno dati di meno nei due numeri successivi.

LIBRI VENUTI IN DONO

Cozzolino Prof. **V.** — Alcuni casi di lesioni della mastoide, secondarie a malattie croniche della cassa timpanica. Napoli, 1885.

Colucci Dott. **G.** — Sulla rottura dell'utero nel soprapparto. Studio clinico. Napoli, 1885.

Baratoux Dott. **J.** — Gomme del Timpano. 1885.

Kurz Dott. **Edgar.** — Zur Wirkung des Papain bei Diphterie. 1885.

Hering Dott **Th.** — Ueber die Anwendung der Chromsäureätzungen bei Krankheiten der Nasenhoehle, des Rachens und des Kehlkopfs. 1885.

— Contribution à l'étude des erosions dites catarrhales et de leur rapport avec la tuberculose du larynx 1885.

Lermoyez M. — Note critique à propos d'un cas de paralysie isolée et complète du muscle ary-aryténoïdien. 1885.

Franco Prof. **D.** — Guida popolare ai bagni. Napoli, 1885.

Mannino Dott. **L.** — La sifilide acquisita del cuore e delle sue membrane sierose. Saggio del Prof. G. Profeta. Palermo, 1885.

Gleitsmann Dott. **J. W.** — Deviation of the nasal septum. 1885.

Di Lorenzo Prof. **G** — Angioma cavernoso dell'orecchio curato e guarito con la legatura elastica Napoli, 1885

Bulletins et mèmoires de la Societé Francaise d'otologie et de laryngologie. Tome II, Fascicule II. Paris, 1885.

Grazzi. Prof. **V.** — L'orecchio, le sue malattie e la loro cura. Milano, 1885.

Struempell. — Trattato di Patologia speciale medica e Terapia. Traduzione italiana. Vol. II, Fasc. 9, presso F. Vallardi.

Masucci Prof. **P** — Un caso di laringo-tracheite emorragica. Napoli, 1885.

Montefusco Dott. **A** — L'ipecacouana nella dissenteria. Nota terapica. Napoli, 1885.

Charazac Dott. **J.** — Étude sur l'oedème du larynx (oedème de la glotte). Paris, 1885.

Mannino Dott. **Lorenzo.** — Nuove ricerche sulla patogenesi del bubbone che accompagna l'ulcera venerea. Palermo, 1885.

Carbone Dott. **F.** — Medicazione degli occhi ammalati. Lettere mediche popolari. Milano, 1885.

La Seta Dott. **Santangelo.** — Morbo di Basedow, forme complete e fruste. Considerazioni e ricerche sperimentali sopra un nuovo sintoma relativo alla diminuita resistenza elettrica. Napoli. 1885.

Vizioli Dott. **Raffaele.** La malattia di Friedreich (Afasia ereditaria) Studio. Napoli, 1885.

Franchi Dott. **Fulgenzio.** — La galvano-caustica nella faringite granulosa. Firenze, 1885.

— Clinica otoiatrica del Prof. O. Masini. L'asettolo nell'otorrea. Firenze, 1885.

PARTE ORIGINALE

DELLE NEVROSI RIFLESSE DETERMINATE DA AFFEZIONI NASALI

pel Dott. G. BARATOUX (1)

Oggidì si ammette generalmente che le parti posteriori dei cornetti medii ed inferiori sono la sede di una zona dotata di proprietà particolari. Infatti, l'eccitazione di questa regione provoca lacrimazione, secrezione abbondante di muco nasale, tosse riflessa ed anche disturbi nella respirazione e nella fonazione, quali l'asma, lo spasmo laringeo e l'afonia spastica. Un accesso di epilessia si può del pari sviluppare, stando a quanto ne dicono Hack e Wilbis.

Secondo la maggioranza degli autori, questi diversi fenomeni dovrebbero attribuirsi al rigonfiamento dei cornetti o piuttosto alla congestione del loro tessuto cavernoso, che starebbe sotto la dipendenza dei vasomotori. Il solo toccamento di questi cornetti inferiori e medii con uno stiletto, determinerebbe tali diversi disturbi.

Si comprende che accadrà lo stesso in alcuni ammalati sottoposti al cateterismo della tromba d'Eustachio. Difatti, s'incontrano talvolta delle persone che durante questa operazione sono prese da tosse violenta e da starnuti.

In certi casi d'ipertrofia dei cornetti, si sarebbero notati sintomi analoghi, ed anche in alcune osservazioni di polipi nasali, nei quali casi noi stessi abbiamo visto sopraggiungere lo spasmo laringeo.

Ma, a quanto si dice, non si sarebbero mai riscontrati questi accessi d'asma o di tosse nelle persone affette da atrofia o da distruzione completa dei cornetti.

È risaputo pure che si può far cessare la tosse e l'asma da

(1) Questo importante articolo è stato già pubblicato in altri periodici esteri, nonchè nel Bollettino del Prof. Grazzi; ma fu a noi spedito direttamente dall'Autore, e gentilmente tradotto espressamente dal Dott. F. Cardone. Per tale ragione, con pieno diritto, noi omettiamo la citazione dei giornali nei quali, prima, comparve. La Redazione

fieno con l'applicazione di certi agenti topici sulle regioni delle quali noi parliamo, o meglio ancora con la loro distruzione.

Risulterebbe, adunque, che i cornetti sono la sede d'una zona sensitiva, determinante per via riflessa i diversi sintomi già citati.

Secondo le nostre ricerche, non si dovrebbe attribuire ai cornetti questa proprietà, ma ad una zona assai limitata del setto.

In prima, in un certo numero di persone abbiamo potuto produrre la maggior parte di questi fenomeni, toccando loro semplicemente la parte posteriore del setto. Abbiamo avuto cura di scegliere soggetti nei quali i cornetti erano assai lontani dal setto, per non rendere le nostre esperienze dubbie. In seguito abbiamo fatto uso della cocaina, applicandola sui cornetti: i quali, se toccati, non determinarono fenomeni riflessi, mentre che il contatto della sonda con la zona speciale del setto produceva sempre la tosse, lo starnuto ed anche la dispnea. Ripetendo l'esperienza in senso inverso, il risultato era negativo.

Contrariamente a ciò che sostengono gli autori, abbiamo osservato questi fenomeni in una fanciulla a 12 anni, affetta da atrofia completa dei cornetti inferiori e da rimpicciolimento notevole dei cornetti medii. Uno stiletto a contatto con il setto produsse lacrimazione, starnuti ed accessi di tosse e secrezione molto abbondante, sintomi che potevamo riprodurre a volontà.

Comprendiamo ora perchè gli autori attribuiscono questi fenomeni all'ipertrofia dei cornetti, principalmente del medio. Questo, infatti, in caso d'ipertrofia, arriva a toccare il setto ed irrita la zona sensitiva. Così, quando si applica una soluzione di cocaina, che, come abbiamo già dimostrato fa diminuire rapidamente il volume del cornetto, si vede scomparire l'accesso. È per la stessa ragione che la distruzione del cornetto ipertrofizzato arresta eziandio questi fenomeni nervosi; perchè in tal caso, non arrivando più il cornetto ad irritare il setto, cessa naturalmente l'effetto.

Ciò è così vero, che in un caso d'ipertrofia del cornetto medio, il quale s'avvicinava al setto, abbiamo potuto produrre per irritazione un accesso di tosse ed anche di spasmo, i quali si sviluppavano solo quando la mucosa del cornetto veniva a contatto con il setto. È per un processo analogo che sovente le persone affette da febbre da fieno sono prese da starnuti, da secrezione abbondante, da lacrimazione, da insonnia, anche qualche tempo dopo la cauterizzazione dei cornetti mediante le punture galvanocaustiche. Questi fenomeni possono durare in modo quasi continuo per due giorni, come abbiamo osservato in un ammalato, che abbiamo anche curato, nel mese di giugno 1882, e che

è rimasto sano durante gli anni 1883 e 1884. In quest' anno è stato preso di bel nuovo dagli stessi sintomi, ed è ritornato a visitarci: e questa volta novelle cauterizzazioni all'acido cromico l' hanno liberato anche rapidamente dalle sue affezioni, senza accidenti di sorta. Possiamo pure citare l' esempio d' un impiegato al dazio , che dopo ogni cauterizzazione restava in casa per due giorni senza poter riprendere il servizio, tanto si aumentavano gli accessi. Noi abbiamo potuto notare in modo speciale il rapporto dell' esacerbazione del suo asma da fieno con la compressione del setto; perchè, allorquando quest' ultimo non era più a contatto col cornetto inferiore, che avevamo cauterizzato, l' accesso scompariva rapidamente. Se egli aveva l' imprudenza di salire allora sull' imperiale dei tramwai o dei treni ferroviarii , la crisi ritornava immediatamente. In questo ammalato abbiamo anche osservato che la pennellazione di una sostanza molto astringente nella parte del cornetto in rapporto col setto, facea scomparire il parosismo dopo poco tempo ed anche prontamente. Del resto basta interrogare gli infermi, per sentire che i loro accessi compariscono sempre in tal modo; e questa è una altra prova , la quale molto più evidentemente dimostra che codesti accidenti nervosi sono dovuti ad un fenomeno di cessazione brusca di compressione, mentre essi diminuirebbero poco a poco, se fossero dipendenti dalla irritazione dei cornetti.

A tal modo noi ci spiegammo la scomparsa subitanea d' una afonia spastica in una signora, che era stata sottoposta da diversi medici all' uso del bromuro di potassio, dell' elettricità e della idroterapia. La sua affezione durava già da due anni. All'esame laringoscopico noi potemmo vedere che nella fonazione le corde erano tanto ravvicinate, che l' aritenoide destra era spostata in avanti, in modo che le corde vocali s' accavallavano. Nello stesso tempo, questa persona presentava una ipertrofia dei cornetti, in ispecie dei medii , che proponemmo di cauterizzare. Dopo parecchi giorni, vedendo che il cornetto destro era tuttora molto ipertrofiato , proponemmo di esciderne una parte mediante l'ansa galvanica. Fummo sorpresi nel veder ritornare subito la voce, ed è un mese circa che abbiamo ricevuto nuove di questa malata, la quale ha conservato la voce.

Così ci spieghiamo pure perchè i polipi nasali producano in certi casi questi disturbi nervosi, i quali cessano dopo la loro estrazione, per ritornare allorquando i tumori, sviluppandosi di nuovo, vengono a comprimere la zona sensitiva del setto.

Per la stessa ragione, si possono osservare dei disturbi riflessi nei casi di deviazione del setto senza alcuna lesione dei cornetti. Basta che il setto arrivi in vicinanza del cornetto perchè la più

lieve irritazione di esso provochi un parosismo , come ne siamo stati testimoni.

Aggiungiamo che gli artritici e le persone nervose sembrano predisposti a queste nevrosi riflesse.

Quale è la ragione di questi fenomeni riflessi determinati dalla compressione del setto? Se fino ad oggi noi non siamo ancora arrivati a dimostrare in modo evidentissimo la causa di cosiffatti disturbi, tanto varii, crediamo poter mettere innanzi l'opinione ch' essa abbia sede in una zona assai limitata della parte posteriore del setto. Intanto cominciamo alcune ricerche istologiche ed embriologiche, che ci daranno, secondo crediamo, la chiave dei detti fenomeni.

UN CASO DI LARINGITE PSEUDO-MEMBRANOSA SEGUITO DA GUARIGIONE

OSSERVAZIONI E CONSIDERAZIONI CLINICHE

pel Dott. NICOLA FEDE.

Piacemi riferire di questo caso interessante di laringite pseudo-membranosa, perchè credo sia meritevole di portarsi a conoscenza del pubblico medico e scientifico — E scrivo non solo per notare il metodo di cura seguito, ma ancora perchè in una affezione tanto ribelle, niente comune a quattro mesi di vita, ogni successo constatato e controllato, può avere la pretensione della pubblicità, non a gloria di chi scrive, ma ad onore del movimento scientifico — E senza più, eccone la storia.

Nel mattino del 26 scorso maggio, ebbi invito dal signor G. B. di portarmi in sua casa, per osservare l' unico suo bimbo infermo. Quivi giunto, mi si raccontava, come il piccolo E, nella notte precedente, fosse stato molestato da poca tosse, che lo aveva peraltro tenuto irrequieto, e gli aveva più volte interrotto il sonno, tanto che l' occhio affettuoso del padre e della madre, vide ancora più in là di quello che si doveva, da mandar subito pel medico, il quale aveva prescritto una bevanda calmante, da prendere a sorsi, e, quel che è più, aveva restituito la tranquillità d' animo ai genitori, troppo agitati della sorte del carissimo bambino.

Il quale contava soli quattro mesi, ma aveva costituzione fisica, sviluppo scheletrico tali, da mostrare più che un anno di vita. Eccellente la sua nutrizione, rubicondo, gaio, intelligente lo sguardo, un insieme infine da far dire: che bellezza di bambino!

Era calmo, quando io raccoglievo nella mia mente queste prime note, e solo qualche colpo di tosse interruppe le mie osservazioni. Non trovai febbre, non fenomeni che dicessero alterazioni degli organi respiratorii, dove principalmente mi si richiamava l' attenzione. Non fatti gastro-enterici. Solo la osservazione locale, mostrava arrossimento della membrana mucosa del palato molle, del faringe, ecc.

Dissi trattarsi di semplice laringite, e, raccomandando i dovuti precetti profilattici, prescrissi, da una parte, una delle comuni bibite calmanti e decozione di orzo, con poco bicarbonato di soda, dall'altra, i cataplasmi di semi di lino, tiepidi e rinnovati ogni due ore, intorno al collo.

Non volli nemmeno ritornare la sera, sebbene le insistenti premure della mamma lo volessero, e presi commiato, promettendo di rivederlo il domani.

Il giorno seguente, trovai il bambino nelle condizioni quasi fisiologiche. Qualche colpo di tosse, l'arrossimento della dietro-bocca diminuito, buonissima la respirazione, nessun fenomeno sopraggiunto, quindi confermai ancora una volta la diagnosi di semplice laringite catarrale, già in via di guarigione.

Aggiunsi di continuare, per qualche altro giorno, il metodo curativo prescritto, e conchiusi non essere più necessaria l'opera mia.

Malauguratamente però ricordavo, come nei bambini le affezioni laringee, che sembrano sulle prime domate molto docilmente, possono poi, in tempo brevissimo, riattivarsi e mostrare in tutta la evidenza quel treno fenomenico che le accompagna, che tanto diverso e lontano dal primo giudizio, fa seguire quello del giorno seguente.

Richiamai quindi l'attenzione della famiglia al proposito, e purtroppo non m'ingannai, quando, poco dopo lo spuntar del giorno, venne il padre del bambino a raccontarmi, che la miglioria in cui avevo lasciato la sua creatura era stata progressiva sino alle ore quattro del pomeriggio, e che, mentr'essi eran lieti della rapida guarigione e si cullavano nell'idea della vittoria completa, il bambino cominciava a mostrarsi meno calmo, la tosse divenne ripetuta, quasi di forma accessionale, appariva difficoltata la respirazione, tanto da vederlo spesso cianotico. Questi fenomeni erano sempre più cresciuti nel corso della notte, e tuttavia persistevano, e forse più intensi.

Tale il racconto del padre, con le più vive premure di andar presto a vedere suo figlio.

Ed era davvero in condizioni affatto opposte a quelle, in cui lo avevo lasciato il giorno innanzi. Pallido nel volto, smorto lo sguardo, abbandonato sulle braccia della nutrice. Il termometro segnava 38°,5 C.

Poco dopo sopravviene tosse più o meno stridula, il piccolo infermo diviene cianotico, la sua respirazione è laboriosa, mette in movimento i muscoli ausiliarii, le inspirazioni sono più frequenti, la bocca è semi-aperta, le narici più dilatate, le costole superiori abbastanza sollevate, ed applicando l'orecchio sul torace, posteriormente ed anteriormente, si riconosce come poca aria s'introduce nelle vie del respiro.

Vi sono dunque le note di una laringo-stenosi. Faccio la osservazione diretta locale, ma non mi si mostra che una iperemia più o meno diffusa, con leggera tumefazione della mucosa, e

per quanto io mi provi e metta accorgimento nell' eseguire la ricerca, guidato dal comune abbassa-lingua, non riesco a scovrire false membrane, della cui esistenza però non dubito, ritenendo ch' esse stieno indovate più in basso, e restringano ed occludano in parte la rima glottidea.

Non farò qui questioni diagnostiche, e molto meno parlerò di diagnosi differenziali, riserbandomi, dopo la esposizione del caso clinico, le opportune osservazioni.

Dirò invece, ch'io mostrai alla famiglia la gravezza della malattia, la quale si presentava ora molto diversamente dei due giorni innanzi, non nascosi la possibile soffocazione del bambino, e quindi il pronostico riservato.

Consigliai un carico infuso di ipecacuana, da somministrare epicraticamente, affinchè nello sforzo del vomito, venissero fuori le false membrane, e, per ottenere il facile distacco di queste, attaccandone la composizione chimica, aggiunsi l'acqua di calce, nebulizzata sulla mucosa laringea, da un comune polverizzatore; una bevanda eccitante, infine, che mantenesse sollevate le forze dello sgraziato fanciullo.

Niente diverse trovai le condizioni dello infermo, quando mi vi recai la sera, anzi, potrei dire, i fenomeni più accentuati, le minacce di soffocazione maggiori, quasi nessun' effetto dell' emetico, spesso ripulsione a prendere il capezzolo della nutrice, per cercarvi il nutrimento. Continuai lo stesso metodo curativo, proposto la mattina, e feci intendere ai genitori, come sarebbe stato utile, nel giorno seguente, chiamare a consulto altri, massime uno specialista, i quali, oltre l' autorevole loro consiglio, avrebbero anche meco divisa la responsabilità di un caso così grave, ch' io solo non voleva certo addossarmi.

E scesi le scale di quella casa abbastanza scorato; aveva poca fiducia nel domani, e francamente mi affidava alla robusta fibra del bambino, sola ancora di salvezza, che avrebbe resa possibile la tracheotomia!

Il male, che aveva tanto progredito in soli tre giorni, e che travagliava tanto quel piccolo organismo, da finirlo da un momento all' altro, con un accesso di soffocazione, giustificava purtroppo le mie ansie e le calde lagrime della desolata madre e del padre inconsolabile.

Il quale, a mezzo la notte, viene a me a dire, che il suo bambino è in fin di vita, e non più prende alimento. Lo trovo infatti presso che asfittico, e veggo minacciosa la intossicazione carbonica. Il polso è piccolo e frequente, freddi gli estremi, la prostrazione avanza e subentra il coma.

Essendosi già provveduto alla sufficiente aerazione della ca-

mera, ed ai primi mezzi rivulsivi, quali la spugna calda, ripetute volte passata sulla regione pre-laringea, le carte senapate suddivise ed applicate sul torace, sia sulla regione anteriore, sia sulla posteriore, senza più, poichè la costituzione fisica del bambino me ne dava autorità, ricorro al sanguisugio, ed applico una prima mignatta sul manubrio dello sterno. Segue lievissimo mutamento nelle funzioni respiratorie, il piccolo infermo tende le sue manine, gira lievemente gli occhi, chiede quasi che lo si aiuti, nella terribile lotta, per sostener la quale, pare che novella forza gli venga, ed allora, previa amministrazione di bevanda eccitante, faccio attaccare una seconda mignatta, nella stessa regione sternale. Più di quanto sperava ottengo dalla fuoriuscita del sangue. La respirazione va man mano riequilibrandosi, il polso diviene più forte e meno frequente, i battiti cardiaci mostrano come la circolazione vada riordinandosi, il bambino sfugge alla morte, che già quasi lo stringeva, e mostra poi chiaramente la miglioria ottenuta. Riattivate le forze, amministro ripetutamente lo infuso di ipecacuana, e, fortuna, ecco il vomito, che manda fuori un essudato, di colore bianco-giallo, più o meno addensato, parte di forma fiocconosa, parte stratificato, quasi a brandelli. L'esame fisico accerta il più libero passar dell'aria, e prima ch'io vada via, il fanciullo accoglie fra le labbra il capezzolo, e succhia, e deglutisce.

Tutto ciò per altro, ed io non ne feci mistero, non autorizzava a gridare Osanna, come pur troppo avrebbero voluto i derelitti genitori. Sfortunatamente sapevo le terribili insidie del triste morbo! Sapevo, che ben fugace ed efimero poteva essere quello stato, in cui trovávasi l'infermo, e quanto sarebbe stato imprudente assidersi sugli allori di una creduta vittoria, che avrebbe dato poi maggior lena al nemico, per afferrare e dilaniare la vittima.

Non tralasciai quindi di insistere sugli emetici, sulle rivulsioni cutanee, sugli eccitanti, aspettando il seguente giorno il giudizio degl'illustri clinici.

I professori Massei e Fede, ai quali riferii la storia clinica dell'infermo, sottoponendo loro la diagnosi e la cura, accettarono il mio operato, e pur riconoscendo la lieve miglioria del bambino, temendo però sempre, al pari di me, il sopravvenire di novelli accessi asfittici, discussero sulla convenienza o no della tracheotomia, ove il caso la richiedesse. Ostacolo maggiore alla esecuzione di questa, era la picciolissima trachea del bambino, di soli quattro mesi.

Prima però di ridurci ad aprire quella piccola trachea, e poichè la condizione dell'infermo, a paragone della notte ultima,

era certamente migliorata, il MASSEI, come tentativo, di accordo col FEDE, propose l'amministrazione alternata dell' apomorfina e dell' idroclorato di pilocarpina. Entrambo conchiusero per un pronostico molto riservato.

E senza perdita di tempo, iniettai una mezza siringa del Pravaz di apomorfina , dirigendo l' ago sulla regione toracica sinistra, e propriamente lungo la linea ascellare anteriore, in alto. Dopo mezz' ora, iniettai a destra, serbando la stessa topografia, altra mezza siringa di idroclorato di pilocarpina.

Promisi di ritornare fra tre ore, per ripetere le due iniezioni, come già avevo fatto la prima volta, e raccomandai il trattamento eccitante in questo intervallo.

Quasi negativo fu il risultamento , che si sperava dalla virtù emetica dell' apomorfina , ed il bambino alternava fra il peggio ed il meglio.

Non fu così però dopo la terza iniezione. Ebbi, alla mia presenza, vomito ripetuto ed abbondante, che aprì tanto le ristrette vie del respiro, da modificare, direi , d' improvviso tutta la sindrome dei fenomeni morbosi. Più sollevato vedevasi il bambino, meno rauca la tosse , le inspirazioni e le espirazioni più facili , e quasi più non si udiva quel rumore sibilante o russante, patognomonico della laringo-stenosi ; l' ascoltazione e la percussione infine annunziavano il migliore entrare ed uscire dell' aria.

Francamente ebbi speranza, e feci sperare della salvezza del bambino ai genitori, che incessantemente mi chiedevano la vita del tenero pegno dei loro amori.

Ben presto ritornai la mattina, e seppi, che l' infermo abbastanza tranquilla aveva passata la notte , ed io stesso dovetti svegliarlo dal sonno , relativamente placido, in cui lo trovai , per ripetere le iniezioni, come il giorno innanzi.

Breve. Tre volte iniettai l' apomorfina e l' idroclorato di pilocarpina, nella prima giornata, ugualmente nella seconda, sempre mantenendo lo stesso intervallo di tre ore fra ciascuna iniezione, ed a misura che il bambino migliorava, ne diminuivo il numero , e più lontanamente introducevo l' ago della siringa. Feci in tutto una decina di iniezioni, facendo seguire sempre a quella di apomorfina, dopo mezz'ora, l'altra di idroclorato di pilocarpina.

Il piccolo E. dopo quattro giorni, a contare dal periodo grave, poteva dirsi fuori pericolo; e pochi altri ancora, bastarono a ritornargli la prima gaiezza, ed il suo volto riacquistò ben presto la vivacità tutta propria di quel primissimo tempo della vita, che invita ai baci, alle carezze, alle moine, alle quali con qual cuo-

re e trasporto si abbandonarono il babbo e la mamma, lascio alla immaginazione dei lettori!

E questi permetteranno, che, alla storia del caso clinico, forse riuscita lunga, perchè ho voluto esporla nei suoi particolari, io faccia seguire talune considerazioni, circa la patogenesi, la diagnosi e la cura.

Nelle flogosi della mucosa laringea, si riguarda un ordine, in cui carattere anatomico principale, si è la presenza di un essudato fibrinoso, il quale, sotto forma di false membrane, riveste la cavità interna, ed il carattere clinico è rappresentato da più o meno intensa laringo-stenosi. Quindi giustamente si dice laringite, aggiungendovi pseudo-membranosa, qualifica che vale meglio a rilevarne il concetto anatomo-patologico.

E chi mi avrà seguito nel racconto della storia clinica, dai sintomi esposti, avrà rilevato come le due note predominanti nella forma morbosa, erano appunto costituite dallo speciale essudato descritto (nota anatomica), e dalla stenosi laringea (nota clinica), donde la diagnosi di laringite pseudo-membranosa,

Nè voglio ora inoltrarmi nel pelago delle quistioni dottrinarie, avrei téma, nuotatore inesperto qual'io mi sono, di affogare fra le tante teorie emesse dalle varie scuole, circa la etiologia di questa grave malattia; e tanti nomi son poi venuti fuori, secondo la provenienza da questo o quell' altro battesimo!

Molto meno vorrò mettere in ballo il soggetto tanto controverso, circa la patogenesi del crup e della difterite. È risaputo della scuola dualistica, che vede nei due nomi, crup e difterite, due processi diversi, e della scuola dell'unicità, che ne propugna l'identità di processo; nè mancano gli autori, i quali pur sostenendone la differenza, veggono però nello stesso individuo punti di passaggio dall'una forma nell' altra. Pare che i più siano per la identità, e per questa si schiera prima il Bretonneau e poi tutta la scuola francese ; come sostenitori dell'unicità sono pure, tra i nostri, il Bizzozzero, il Massei, ecc.

E quest' ultimo bellamente ne ragiona, quando a dimostrare come le due forme, la crupale e la difterica, fossero una sol cosa, mette in rilievo la identità dei caratteri anatomici e clinici. Così vede tra i primi: esistere ugualmente l' essudato crupale ed il difterico, il crup laringeo e l' angina difterica, la tumefazione dei ganglî e dei follicoli del Peyer, così nel crup come nella difterite.

E tra i caratteri clinici, la stessa virulenza d' infezione, ancorchè sia il crup primitivo, sebbene vi sia chi lo neghi, quale lo Steiner. Ma di contro sta tutta la scuola francese od il Gerhardt, e, quel che è più, la pratica giornaliera di ciascuno. Il Valleix,

il Blache, Otto Weber, Seehusen, Gillite, lasciarono la vita, morendo di difterite, mentre assistevano infermi di crup, il che dice come il crup primitivo, possa, per contagio, riprodurre la difterite delle fauci. — La febbre della laringite crupale, che molto elevata in sulle prime, scende poi presto e presenta i caratteri della febbre dell' angina difterica. Infine le forme paralitiche, quando seguono, sono le stesse delle difteriche.

Ed anche in Germania, sebbene il Wirchow e lo Schoenlein considerano la laringite pseudo-membranosa, quale infiammazione tutta locale, ed il primo ammette due processi eterogenei, tra il crup e la difterite, pure il Traube non può riconoscere come sia impossibile metter differenza tra difterite e laringite pseudo-membranosa, ed il Wagner dice identici i due processi.

Così ancora Eberth, Oertel, Klebs, Senator ed altri molti, non differenziano punto la difterite dalla laringite pseudo-membranosa.

Anzi il Senator vorrebbe un nome unico, per le due affezioni, quello di Synanche contagiosa.

Gl'Inglesi, massime West, veggono un crup non tossico (malattia locale), ed un crup infettivo (malattia generale). Ed anche lo Jaccoud mantiene questa distinzione, descrivendo un crup tutto accidentale, per freddo-umido, per azione di vapori irritanti, ecc., ed un crup costituzionale, da causa interna.

Io conchiudo su questa quistione, trattata brevemente ma brillantemente dal Mackenzie, nel suo libro sulla difteria, ritenendo coi più la identità del crup e della difterite, riconoscendone come causa prima un virus infettivo, che Oertel crede determinato dalla presenza dei micrococchi e del bacterium termo, nell' uno e nell' altro processo.

Questi schizomiceti, portati dalla corrente atmosferica, nei movimenti della respirazione, giungono nel laringe, attaccandosi alla superficie della mucosa, quindi la formazione della lesione locale; segue poi l' infiltrazione nei vasi, sono assorbiti nel sangue; donde la infezione generale.

Non voglio oltre estendermi e riferire gli esperimenti del Griffini, del Bizzozero, Oertel, Trendelenburg, i quali con metodi più o meno svariati, riproducevano queste lesioni sugli animali, sia con mezzi chimici e meccanici, sia con stimolazioni prolungate sulla mucosa laringea, sia con inoculazioni di essudati difterici.

Non posso però metter punto, prima di aver detto qualcosa al proposito, circa le dottrine batteriologiche, oggi tanto giustamente studiate e riguardate nella patologia dei morbi infettivi.

Nella difterite dunque, Laboulbène aveva trovato spore e vibroni, del genere bacterium, ma senza attribuirvi importanza.

Tigri, Hallier, Max Jaffé, Demme, Letzerich hanno osservato Schizomiceti diversi. Questi lavori analizzati da Homolle, non avevano certo progredita la quistione genetica della difterite, più di quello che avevano fatto Duchamp, Cohn, Zahn e Talamon. Quest' ultimo riguardava il microbo della difterite, formato di filamenti, di bacilli, che misuravano da 15 a 40 millimetri di lunghezza, di spore e di micelium a tubi tramezzati, da 2 a 4 o 5 millimetri di larghezza. Cornil vide principalmente micrococchi isolati ed in zooglee. Formad credette perfino, che il parassita della difterite non fosse altro che il leptothrix buccalis.

Klebs ha dato la prima descrizione esatta dei micro-organismi della difterite. Il suo microsporon diphthericum presenta bastoncelli e micrococchi. I bastoncelli son messi perpendicolarmente e molto stretti alla superficie della pseudo-membrana fibrinosa. I micrococchi sono piccoli, taluni isolati, altri riuniti a gruppi stretti fra loro. Questi erano per Klebs i parassiti della difterite vera; ma Klebs ammetteva inoltre, con Eppinger, che la difterite benigna delle amigdale, riconosceva per causa la presenza di piccole monadi. E mi addentrerei troppo, se volessi quì dire tutto il reperto anatomo-patologico, studiato dall'illustre autore, sulla difterite; della quale più recentemente distingueva due forme; la microsporina e la bacillare. La prima, per lui, aveva sede, massime sulle amigdale, raramente estendendosi sul laringe e presentasi meno gravemente; mentre la seconda guadagna rapidamente il laringe e la trachea, dando d'ordinario sintomi di setticemia mortale.

Secondo Cornil e Babes, gli esami istologici delle manifestazioni diverse di difterite, portano a questo risultato: si trovano cioè, sia micrococchi spesso riuniti in zooglee, sia piccoli bacilli isolati o ammassati. Queste ricerche però erano insufficienti per dire, se i bacilli ed i micrococchi appartenessero ad un sol genere, il microsporon diphthericum di Klebs, oppure fossero due specie diverse, nè per esse potevasi conchiudere quale fosse patogeno di questi batterii, o se tutti due. Bisognava per questo isolare e coltivare, allo stato puro, queste due varietà di micro-organismi.

Il Löffler primamente ha tentato questa cultura con successo. Egli ha notato, che quando si sottopongono ad esame le false membrane nel loro inizio di formazione, si veggono predominanti i bacilli; ma in capo a qualche giorno, allorquando si è prodotta una necrosi superficiale della mucosa, sono molto meno numerosi dei micrococchi, e possono anche mancare completamente. La difterite, siccome crede Löffler, costituisce prima un processo locale superficiale, poi più profondo e generale.

Egli ha potuto, in seguito a culture parecchie fatte nella gelatina nutritiva, ottenere culture pure, dalle quali ha fatto inoculazioni agli animali, producendo infiammazioni più o meno intense, senza però che si producessero false membrane. Quindi, egli conchiude, i micrococchi a piccole catene, non producono la difterite. D' altra parte, questi microbi rotondi, non sempre esistono nella difterite, e si trovano anche in altre malattie infettive.

Così non è riuscito a vedere riprodotti i bacilli della difterite, nella gelatina-peptone. In questa sostanza, frammenti di false membrane, in cui egli aveva riscontrato i bacilli, sono stati messi, senza risultato. — Ha coltivato ancora i bacilli nel siero di sangue, non senza difficoltà. Con particelle di false membrane del faringe, è stata fatta la cultura, sviluppandosi insieme micrococchi a bastoncelli ed a catenelle.

In seguito alle ripetute osservazioni, potette isolare e coltivare le colonie di bacilli, e quindi farne le esperienze sugli animali, ch' egli ha eseguite in gran numero, non ottenendo alcun effetto sulla mucosa sana, dopo avervi inoculato il liquido contenente bacilli. Se la mucosa è infiammata, o se presenta soluzione di continuo, o una piaga, si sviluppa, nel luogo della inoculazione, edema o falsa membrana o essudazione emorragica. I ganglî linfatici sono tumefatti, e gli animali muoiono qualche giorno dopo, senza apparenti lesioni negli organi, se ne togli una effusione nelle membrane sierose. Inoltre non sempre, all' autopsia, vi è il riscontro dei bacilli.

Il Loeffler infine dice, come nella difterite degli animali, in ciascuna specie di questi, si hanno varietà di sede e di natura. Tutte queste varietà peraltro, hanno di comune, che attaccano a preferenza i giovani e più gravemente, di quello che non fanno negli individui adulti. Quindi, scrivono Cornil e Babes, sebbene havvi una recente protesta di Emmerich, i bacilli di Klebs e di Loeffler possono riguardarsi, quali agenti importantissimi nella produzione delle false membrane della difterite vera; e con gli stessi autori anch' io dico, che le ricerche batteriologiche, circa questa malattia, non ancora hanno pronunziato l' ultimo loro verdetto scientifico.

Ma certo non si può accettare la teoria di Oertel, per la parte che assegna al bacterium termo, nella patogenesi della difterite, oggi, che tanto si parla e si scrive intorno a questo micro-organismo, senza che però finora si sia esplicitamente detto che rappresenti il bacterium termo, oggi, dicevo, anche per diretta esperienza, io posso tanto più oppugnare l' opinione di Oertel, in quanto che amministrato in sostanze nutritive, questo

parassita, ad ammalati di affezioni bronco-pulmonari, non solo non si è visto in essi riprodotta la difterite, ma quello che più vale, nessun fenomeno morboso si è suscitato, il che risponde negativamente all'influenza patogena, che si vorrebbe assegnare al bacterium termo.

Nè dirò le molte opinioni, circa la genesi delle false membrane, carattere anatomico essenziale di questa forma morbosa. Mi dilungherei di troppo, se volessi qui solo accennare agli studii del Wagner, il quale crede formate le reti delle membrane crupali, da speciale metamorfosi degli epitelii.

Lo Steudener le ritiene invece di natura essudativa, e molti istologi riguardano le pseudo-membrane costituite di fibrina e dalla migrazione di leucociti attraverso i vasi sanguigni.

Il Klebs, l'Oertel, l'Hallier, invece si dichiarano decisamente parassitisti, e nell'essudato crupale e difterico, ammettono vegetazioni di speciali funghi, sebbene prima lo Steiner, e più recentemente Karsten, han fatto notare, che questi non sono elemento primo della malattia; ma solo vi si riscontrano casualmente, rappresentando cellule simili a quelle suppurative.

Non meno agitate e controverse sono le teorie messe giù, riguardanti i fattori del fenomeno importantissimo, che rappresenta il carattere clinico maggiore, la laringo-dispnea o laringostenosi.

Vi ha chi ne dice causa principale, l'accumulo dell'essudato nel laringe e l'ingrossamento delle parti infiammate. altri vede la cagione nella paralisi dei muscoli laringei (Niemeyer, Schlautmann). Rudnichy, Billard, pur ritenendo le opinioni suddette, credono, che il laringeo superiore ed il ricorrente, stimolati, turbano la coordinazione dei movimenti respiratorii, donde la laringo-stenosi.

Gerhardt, Bretonneau, danno importanza alla secrezione catarrale, alle raccolte muco-purulente dei bronchi, che aumentano l'ostacolo e gli accessi soffocativi.

Io ripeterò con lo Steiner e col Massei, avere ciascuna delle opinioni esposte la sua parte vera ed importante, ma nessuna può esser presa e ritenuta giusta da sola. Son tutte quante riunite insieme, avendo ciascuna la sua colpa, nelle sofferenze dei poveri infermi.

E per finire, dirò, che il Massei distingue i fenomeni costanti da quelli intermittenti di laringo-stenosi. Questi, egli dice, accompagnano quasi tutte le laringo-stenosi, e stanno in dipendenza dello spasmo dei muscoli adduttori delle corde vocali; quelli, i fenomeni costanti cioè, sono il risultamento delle diverse cagioni organiche, ma ne è fattore principale l'anchilosi delle artico-

lazioni crico-aritenoidee, che ostacolando i movimenti di avvicinamento, produce l'afonia, come quelli di allontanamento delle corde dalla linea mediana, quindi la dispnea.

E più di quanto volevo ho scritto, toccando solo le quistioni principali, quali la identità o no della difterite e crup, la genesi delle false membrane e quella della stenosi laringea.

Nè parmi, ch'io dovessi molto sottilizzare sulla diagnosi, la quale, senza dubbio, offre in molti casi, per accidentalità diverse, difficoltà non lievi.

Non vale ch'io mostri, come nel mio caso, non sarebbe certo da pensare alla laringite stridula, idea questa, che poteva venire alla mente solo nei primi giorni della malattia, nel periodo primo; ma che allontanavasi nell'ulteriore decorso. Ed aggiungo al proposito, ch'io son di coloro, i quali guardano agli ostacoli di una differenza diagnostica, tra la laringite pseudo-membranosa ed il laringismo stridulo; ma allorquando stanno sintomi , fenomeni tali , quali io ho esposti nel resoconto della mia storia clinica, il dubbio non è più ammissibile, quindi io non accennerò nemmeno allo edema della glottide, allo spasmo glottico, allo ascesso retro-faringeo, alla eresipela del laringe, testè studiata dal Massei, ad altri processi laringei, e conchiuderò, una con i chiarissimi clinici, i quali con me osservarono il bambino, essersi trattato di laringite pseudo-membranosa, o come dicesi più volgarmente, crup laringeo.

Non mi resta ora, che a dire qualcosa sulla cura.

Nè ho la voglia di fare una rassegna, di tutto che si è scritto e detto intorno a questo capitolo, tanto importante della patologia laringea. Non la finirei più, se volessi solo far nomi e citazioni, se volessi dire della tenerezza di questo o quell'autore per l'uno o l'altro metodo curativo. Io mi permetterò solamente di osservare, che miglior partito è quello, di seguire le indicazioni più razionali, inspirate al progresso scientifico ed alla pratica privata ed ospedaliera; senza voler essere assolutisti, cosa, che è sempre da fuggire nella scienza nostra, massime nei tempi d'oggi, tutt'altro che assoluti !

Così non porterò alle stelle i mercuriali, gli alcalini, il bromuro di potassio, il copaive, il percloruro di ferro, il cubebe, il carbonato di ammoniaca e cento altri ancora, ch'io lascio nella penna. Dirò invece, che nel primo tempo riescono utili gli antiflogistici, tra cui molti vantano l'azione del freddo, tanto comentata in Germania ed in Inghilterra, e presso noi dal Massei, il quale ne incoraggia a farne uso, quando si può vincere la ripugnanza ed il pregiudizio nelle famiglie. Ed io proposi, che intorno al collo del bambino si acconciassero, quasi direi, dei

cataplasmi di ghiaccio; ma dovetti smettere alle rimostranze della mamma, alla quale non potetti ficcare nel capo, come la sottrazione di calore continuata, valeva a diminuire la flogosi della mucosa.

Nel secondo periodo, in quello della essudazione, essendo scopo precipuo lo sgombro delle false membrane, cade acconcio il dare quelle sostanze, che varranno a diminuirne la tenacità, così l'acqua di calce, l'acido lattico, il bromo ecc. e gli emetici, generalmente accetti, per ottenerne il distacco e la espulsione. E quì in prima fila l'ipecacuana, preferita dai più, per altri (Rilliet, Bouchut, Rhüle) il tartaro stibiato; il Niemeyer, Trousseau, ecc. amministrano pure il solfato di rame.

A questo punto io voglio sottomettere ai prattici, l'effetto ottenuto dal metodo combinato delle iniezioni ipodermiche, di apomorfina ed idroclorato di pilocarpina, siccome già ho accennato, dicendo innanzi del trattamento usato. Per quanto io mi sappia ed abbia riscontrato, presso noi questo metodo è poco o nulla conosciuto.

Nel presente caso, io feci spedire due centigrammi di apomorfina in dieci grammi di acqua distillata, ed egualmente due centigrammi di idroclorato di pilocarpina in dieci grammi di acqua distillata. Nelle prime due iniezioni, riempii mezza tromba della siringa del Pravaz, in modo che ciascuna iniezione conteneva la decima parte di un centigramma. Preferii, come ho pur detto prima, la regione anteriore toracica, dirigendo l'ago una volta lungo la linea ascellare anteriore destra, altra volta a sinistra, e tra l'iniezione di apomorfina e quella di idroclorato di pilocarpina, faceva passare mezz'ora. Ogni tre ore replicai le due iniezioni, sempre allo stesso modo, ottenendone quel vantaggio reale, per la gran copia di essudato fibrinoso, che venne fuori, donde tanto guadagno seguì al fortunato bambino, il quale purtroppo faceva disperare di vincere la partita.

Fra le tante comuni prescrizioni, io prego dunque coloro, che gentilmente mi avranno seguito nella lettura di questo mio scritto, a voler concorrere anch'essi, perchè questo rimedio entri nella cura delle affezioni laringee, sperimentando così su più larga scala, l'azione emetica dell'apomorfina, e la diaforetica dello idroclorato di pilocarpina, combinate insieme. Questa, attivando le molte secrezioni glandulari, varrà a rendere meno attaccaticcio l'essudato, facendolo più liquido; quella, procurando il vomito, manderà fuori le false membrane, così modificate.

Ed è inutile ch'io aggiunga, essendo troppo risaputo il progredire veloce di questa affezione, che appena dal medico si veggono i primi sintomi, che accennano il sopravvenire della la-

ringo-stenosi, determinata da accumulo di false membrane, non si perda tempo, e si tenti il risultato delle in'ezioni combinate, prima di ricorrere alla tracheotomia.

Io non sono fra quelli, che gridano contro questo ritrovato, il quale, benchè rimonti alla antica chirurgia (1546), pure molti anni son passati, innanzi che abbia avuto la sanzione degli operatori, e prima Home, poi Bretonneau e Trousseau, ne proclamarono la efficacia. Anzi son convintissimo, che essa solo, quando non ci si ricorra troppo tardi, può restituire la vita ai piccoli infermi. Ed oramai ad essa chiedono il supremo aiuto, la più parte dei medici, ed è superfluo ch' io stia a cantarne le lodi, quando nomi autorevolissimi la commendano, ed anzi voglio aggiungere, che dovrebbe essere anche più comune fra noi di quel che non è, dopo le statistiche abbastanza confortanti riportate da Picot e d' Éspine. Non lascia però di essere lo spauracchio delle povere mamme e dei babbi, ai quali bisogna proporre l' apertura della trachea dei loro figliuoletti, se pur non vogliono vederli uccisi dalla soffocazione.

Quindi, prima che questa venga, prima che si giunga al periodo asfittico, quando più non vale la farmacia coi rivulsivi di ogni maniera, non si scordi l' apomorfina e l' idroclorato di pilocarpina, ed io sarò lietissimo, se potrò leggere i buoni effetti ottenuti da altri, massime quando questi sieno tra i cultori più illustri della scienza.

Troppo peraltro ho abusato dei lettori, ne chiedo venia. A me, sarà conforto ed incoraggiamento grandissimo, se avrò potuto minimamente dar contributo alla terapia di questo morbo, od anzi mostro, del quale ben scriveva, or non è guari, un egregio pubblicista, dicendolo: l' Erode delle malattie, l'incubo delle madri, lo sterminio delle culle, quegli che ad ecatombi intiere sopprime l' infanzia!

DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICA DI CERTI MORBI LARINGEI DAL PUNTO DI VISTA DELL' ESAME LARINGOSCOPICO

NOTA CLINICA

del Dott. A. TRIFILETTI.

Da tutti i laringologi sono risapute le difficoltà, che talvolta s' incontrano nella diagnosi di certe affezioni laringee di natura sifilitica o tubercolosa, le quali, rivestendo forme anatomiche svariatissime, possono mentire sia un processo semplice, come il papilloma diffuso, ecc., sia un processo maligno, come il cancro, ecc. In tali circostanze si può coscienziosamente affermare, che i caratteri obbiettivi, desunti dall' esame laringoscopico, sono insufficienti a dare un' idea esatta della natura della malattia. La scienza non ancora ha potuto formulare in proposito dei criteri semiologici precisi per compilarne un corpo di dottrina ed aspetta tuttora dai pratici il frutto delle loro osservazioni cliniche.

Oggidì, infatti, la sola pratica può elevare una competente voce nella diagnosi di questi morbi laringei e trionfare il più delle volte di tutte le difficoltà, servendosi all'uopo dei criteri ricavati dall' osservazione continuata dell' ammalato, dall' anamnesi e dal metodo curativo.

I casi clinici del genere, illustrati e pubblicati, hanno un'importanza non dubbia, perchè, a parte il loro merito intrinseco, valgono a mantenere desta l' attenzione degli osservatori sulle cause più probabili di errore.

Per tali riflessioni e pigliando occasione da un caso osservato nel Dispensario dell' Ospedale Clinico di Napoli per le malattie della gola, diretto dal Prof. Massei, mi sono deciso a pubblicare questa nota clinica, con la quale mi lusingo di non essere venuto meno alla mia modesta intenzione.

Il 4 agosto, corrente anno, si presentò al detto dispensario un uomo cinquantenne, apparentemente di buona costituzione, accusando disfonia e disfagia.

Essendomi stata ceduta gentilmente la osservazione, ne raccolsi questa breve anamnesi. L' infermo si chiamava Bottone Antonio ed era nativo di S. Maria di Capua, domestico, ammogliato con 5 figli, tutti sani, di cui l' ultimo contava due anni d' età. A questa stessa epoca rimontava l' inizio della sua malattia, sotto forma di leggiera molestia alla gola, che era andata cre-

scendo a grado a grado, massime negli ultimi due mesi in cui erano sopraggiunte l' afonia , la disfagia ed una lieve dispnea. Del resto, egli non accusava verun altro sintoma grave , come tosse, dolore sordo o lancinante , salivazione, ecc. , nè aveva visto mai negli sputi strie di sangue. Indagando pure sulle malattie ereditarie e sulle sofferenze precedenti, l'anamnesi era muta e non dava alcun sospetto di sifilide.

Dopo un esame obbiettivo generale e del petto in ispecie, che riuscì negativo , passai a quello locale che richiamava speciale attenzione. Il collo, superiormente ben conformato, non mostrava alcuna intumescenza apparente, riferibile sia alla regione laringea, sia ai gangli sottomascellari, cervicali e latero-cervicali. Alla palpazione si riconfermava l'esame precedente e non si risvegliava alcuna dolenza.

Le cavità boccale ed istmo-faringea, salvo una leggiera iperemia di quest' ultima, erano nello stato sano.

Guardando nello specchietto laringeo, si poteva appena riconoscere l' epiglottide, dal suo enorme volume, dai suoi limitatissimi movimenti durante la fonazione e dai suoi contorni irregolarmente circolari. Essa appariva tutta infiltrata da noduli, abbastanza rilevati, di colore pallido ed a superficie liscia, mancandovi ogni segno di ulcerazione.

L' epiglottide, così deformata ed accresciuta di volume, chiudeva da vero operculo il vestibolo laringeo, del quale non lasciava scorgere che la faccia posteriore delle aritenoidi, arrossita e tumefatta, e la regione meso-aritenoidea, anch'essa infiltrata di noduli rilevati e pallidi; e solamente negli sforzi di fonazione e nei colpi di tosse si faceva vedere il quarto posteriore delle corde leggermente iperemiche , nonchè la porzione corrispondente della cavità laringea dalla mucosa arrossita e tumefatta.

Mercè palpazione digitale dell'epiglottide quelle produzioni erano duro-elastiche e potevano da per loro spiegare tanto l' afonia per l'impedimento allo avvicinamento delle corde, quanto la disfagia per l'ostacolo meccanico alla deglutizione.

In quel momento fecero peso innanzi alla mia mente l'aspetto della lesione, la rilevatezza dei noduli, il loro colorito, la loro consistenza, ecc., caratteri non compatibili con le ordinarie lesioni sifilitiche e tanto meno tubercolose; laonde la prima impressione, che io ne ricevetti, fu quella di un tumore cancerigno non ancora giunto al periodo di ulcerazione ed a propagarsi per le vie linfatiche.

Però questa diagnosi, rimanendo sempre nei limiti dell'esame obbiettivo, non mi soddisfaceva pienamente. Ad onta che non si

notassero ulcerazioni e propagazione di processo, mi colpiva quella sproporzione esistente tra i sintomi generali, tanto buoni, ed i fatti locali, tanto gravi ed estesi; così, non giungevo a rendermi completa ragione della salute florida del paziente, dell'indolenza quasi assoluta della lesione , di quel colorito pallido e della mancanza di ulcerazione e di alterazione ganglionare. Consideravo pure, che per l'estensione del processo e per l'aspetto di questo non poteva veramente ammettersi una produzione cancerigna al suo inizio, e che quindi non era il caso di una diagnosi differenziale con una laringite tubercolosa primitiva o con un'affezione sifilitica entrambe iniziali. D' altra parte , mancandovi ogni segno di ulcerazione nella lesione in esame, il paragone con un' affezione tubercolosa o sifilitica al secondo periodo non poteva egualmente reggere.

In ogni modo, una laringite tubercolosa primitiva col solo esame laringeo usciva fuori quistione, ma rimaneva qualche strana forma di sifilide latente a destare dei sospetti.

Pertanto , riferii la diagnosi e le difficoltà incontrate nel reperto laringoscopico al Prof. Massei, il quale , osservato l'infermo, manifestò le stesse mie idee diagnostiche, senza nascondermi la sua riservatezza, perchè in parecchi casi occorsi nella sua pratica, nei quali venne diagnosticato il cancro, alla fine fu riconosciuta un' affezione sifilitica.

Il mio dubbio sulla esattezza della diagnosi incominciò a crescere. Mi accinsi ad osservare di nuovo l' ammalato , partendo dall' esame generale e quindi dal sistema ganglionare periferico, il quale, in verità, appena era constatabile. Ma, nel contempo, questa pratica mi diè l'opportunità di notare alla base della regione anteriore del collo ed alla regione scapolare destra cicatrici multiple, che potevano attribuirsi ad un processo pustoloso pregresso.

Da quì mi parve intravedere l' esistenza reale della sifilide ed una possibile relazione di questa coi fatti laringei; ma fino allora erano delle semplici congetture.

Ripetendo l' esame laringoscopico, e per più giorni di seguito, incominciai e veder meglio e ad interpretare con maggiore fondamento le minutezze anatomiche delle lesioni. Di fatti, l'epiglottide, piuttosto che infiltrata, poteva dirsi coperta di vegetazioni polipoidi ed essa stessa ripiegata ed accartocciata in diverso senso; il suo colorito poteva dirsi piuttosto bianco, cicatriziale in taluni punti ed in altri chiazzato di rosso iperemico; la sua durezza, più che elasticità, pareva dovuta a strati di tessuto sclerotico ed a briglie cicatriziali, che si erano sviluppati alla sua superficie; la quale alla sua volta era diventata liscia e levigata.

Infine, le corde e la mucosa della cavità laringea presentavano i caratteri di una laringite cronica.

Insomma, apparivano due forme distinte di lesioni, delle quali la prima, rappresentata dall' epiglottide e dalla mucosa meso-aritenoidea, era caratterizzata dall' infiltrazione, dall' anemia, dalla consistenza e dalla levigatezza; e la seconda, rappresentata dalla cavità laringea propriamente detta, era caratterizzata dalla tumidezza della mucosa e dal colorito rosso fosco.

Così la diagnosi andava modificandosi nella mia mente a misura che i fatti locali apparivano più chiari; però non ancora possedevo tutti i dati clinici per pronunziarmi definitivamente.

Il criterio curativo giunse bene a tempo ed a proposito, giacchè in seguito alle cure generali ed alle continue polverizzazioni di sublimato, in soluzione al millesimo, praticate fin dai primi giorni a titolo di esperimento, quelle produzioni incominciarono a subire una leggiera riduzione e ad acquistare una tinta più pallida, massime nei loro contorni iperemici; ma un miglioramento più spiccato si notò da parte delle aritenoidi, delle corde e della restante mucosa laringea.

Con queste modificazioni anatomiche procedette alla pari l'alleviamento dei sintomi funzionali, giacchè l' ammalato si lamentò meno della disfagia, dell' afonia, nonchè della dispnea, che scomparve quasi per intero.

La cura da provvisoria divenne definitiva, ed alle polverizzazioni al sublimato vi si aggiunsero le insufflazioni al calomelano mescolato all' amido in parti eguali.

Il miglioramento locale e funzionale della laringe, del pari che la riduzione di quelle vegetazioni fu progressivo; e l' infermo alleviato delle sofferenze, che aveva accusato nel presentarsi al dispensario, non si fece più vedere.

Adunque, nel caso presente si è trattato, senza dubbio, di un affezione sifilitica. Corrisponde a questo concetto il modo subdolo con cui la malattia ha invaso la laringe e prodotto in essa i primi guasti, in seguito ai quali l' infermo non ha provato che della semplice molestia. Di più, l' indolenza, siccome si è rilevato dall' anamnesi e dall'esame obbiettivo, e, fino ad un certo punto, anche la sede del male, sono proprie della sifilide. Anche l' integrità del sistema ganglionare si rapporta all' idea di una manifestazione sifilitica tardiva. Le lesioni localizzate sull' epiglottide e sulla regione meso-aritenoidea rappresentano, per la maggior parte, gli esiti di un processo sifilitico pregresso, cioè di una laringite sifilitica vegetante, probabilmente contemporanea all'eruzione cutanea. Le lesioni indovate nella cavità laringea, invece, per quanto erano visibili, rappresentano un processo in atto, pro-

babilmente anche di natura sifilitica, cioè una laringite sifilitica recidivante, siccome l'efficacia della cura aveva comprovato. S'intende bene, che quest'ultima affezione aveva spiegata la sua influenza sulle precedenti lesioni, facendo crescere sensibilmente i disturbi della fonazione e della deglutizione, e risvegliare quelli della respirazione: il che coincide perfettamente, sia con l'anamnesi dell'infermo, il quale da due mesi si era fatto avvertito dell'incalzare del suo male, sia con l'osservazione obbiettiva, la quale ci ha lasciato vedere delle chiazze iperemiche spiccare sul pallido delle vegetazioni.

Sicchè con l'osservazione continuata dell'ammalato, coll'anamnesi e col criterio curativo si è giunto a spiegare tutti i fenomeni morbosi, a trovare una ragione tra la semplicità della sindrome generale ed i guasti locali, ed, infine, a stabilire una diagnosi con prognosi piuttosto benigna relativamente ad un'altra diagnosi con prognosi fatale. E così si sono vinte le difficoltà nate dall'esame laringoscopico.

DUE CASI DI COREA DELLA LARINGE

pel Prof. PIETRO MASUCCI

Le nevrosi della laringe, questo capitolo della scienza nostra, che fino a pochi anni or sono era quasi completamente ignoto, oggi costituiscono uno degli argomenti più importanti di ricerche, grazie alle continue e diligenti indagini di Mackenzie, Schrötter, Schnitzler, Schech, Jurasz, Lefferts, Elsberg, Hayss, Riegel, Ott, Sommerbrodt, Schiffers, e di altri distinti osservatori. Essi ci han rivelato dei fatti, che ai medici di cinquanta anni or sono erano del tutto ignoti, per la impossibilità materiale in cui si trovavano per osservare *de visu* la località affetta.

Io sono pienamente, convinto che il rapido progresso fatto dalla laringologia sia dovuto appunto alle comunicazioni scrupolose e minute delle osservazioni, nonchè al vagliamento preciso e giusto di tutti i casi importanti che vengono osservati. Per la qual cosa credo acconcio, e nel tempo stesso doveroso, esporre qui alla meglio due casi di *corea laringea* da me ultimamente osservati nella mia clinica privata, facendo seguire alla narrazione alcune opinioni di certi autori, e quanto avrò potuto desumere dai fatti notati.

Trattandosi di un' affezione, che fino a pochi anni or sono era completamente ignota, ed oggi incomincia ad essere studiata seriamente dai laringologi, mi auguro, che questa mia breve relazione possa essere presa in considerazione dai miei eminenti colleghi a titolo di quel modesto contributo, che ogni osservatore deve apportare al tempio della scienza, specie allorchè questa è in via di rigogliosa evoluzione, come appunto ne è il caso per la branca che io coltivo.

G. S. di anni 12, di costituzione e sviluppo scheletrico buoni; non ebbe per lo passato a soffrire malattia contemplabile, se ne eccettui che da qualche anno il suo sistema nervoso era abbastanza scosso, donde intense sovraeccitazioni ad ogni lieve cagione. La madre afferma, che un mese prima che io l'osservassi, cominciò a presentare spessissimo, durante il giorno, accessi di tosse costituiti da uno o due conati con assenza di espettorato e con un timbro speciale (brusco o spasmodico) sicchè non è a dire, quanto ciò preoccupasse e trambasciasse la povera donna

ed i vicini, che giammai avevano avuto a sentire una tosse di tal fatta. Avendo la madre notato, che durante il sonno la tosse aveva tregua, faceva coricare il giovanetto prima dell' ora consueta. Tuttavia come è agevole intendere, ciò non bastava, e quindi si ricorse ai medici i quali prescrissero espettoranti, calmanti, taluno anche i diaforetici, ma senza successo alcuno. Recato l' infermo da me, ebbi agio di sentire quella tosse molesta e ripetuta che aveva un timbro onninamente speciale. All'esame laringoscopico, la laringe presentavasi normale, tranne lieve iperemia delle corde vocali, che però erano libere nei loro movimenti di adduzione ed abduzione. La faringe non mostrava altro se non le note di una lieve faringite granulosa, e le tonsille erano appena ipertrofiche. Normale tutto l' organismo.

Per la qual cosa, considerando la mancanza di lesioni in tutti gli organi del respiro, quelle lievi delle prime vie non potevano spiegare la tosse ostinata e ribelle, e ponendo mente, d' altro canto, alla iperestesia del sistema nervoso dell'infermo, alla età, nonchè alla forma quasi accessionale, al timbro speciale della tosse ed alla calma che si avverava solamente durante il sonno giudicai trattarsi di *corea della laringe.*

Senza ignorare i diversi mezzi curativi usati in simili circostanze, prescelsi il seguente metodo non nuovo, nè irrazionale. Fin dal primo giorno della cura praticai le polverizzazioni di una soluzione di morfina (30 centigrammi in 100 grammi di acqua distillata) facendo seguire immediatamente dopo l' applicazione della elettricità indotta, percutanea.

Questa prima medicatura non diede verun risultamento, tanto, che nel dì seguente aggiunsi l'insufflazione endo laringea di idroclorato di morfina misto ad amido (idroclorato di morfina gram. 1\|2, amido gram. 10). Fu verso la seconda o la terza medicatura che l' infermo incominciò a notare una certa miglioria nel suo male, e dopo dieci o dodici giorni si vide del tutto scomparsa quella tosse che produceva tanta pena a lui ed agli astanti.

Dopo alquanti giorni rividi l' infermo, il quale per una forte infreddatura andò soggetto ad un catarro laringo-tracheale, e non tardò a ricomparire il timbro speciale della tosse; ripigliai la medicatura locale detta di sopra e vi aggiunsi per uso interno un pò di bromuro di potassio, stantechè questa volta la tosse sembrava più ribelle al trattamento. Dopo 10 a 12 sedute risultai ancora questa volta vittorioso.

Quali di questi tre mezzi da me adoperati avevano ridonato la guarigione all' infermo e la calma alla famiglia?

Forse la morfina? il bromuro? l'elettricità? oppure tutti e tre insieme? Ecco un vuoto che rimaneva nell'animo mio, ed aspettavo con impazienza un novello caso del genere.

Dopo 10 o 12 mesi, o poco meno, mi si presentò un fanciullo di circa nove anni di età, di costituzione buona. L'unica sua sofferenza era la tosse, così come la ho descritta di sopra, e che si manifestava ad accessi brevi, con intervalli più o meno lunghi; durante il sonno calma perfetta. Il reperto laringoscopico negativo; vi era lieve iperestesia delle parti adiacenti la faringe. Nulla al torace, nè in altri organi. Credetti vedere in questo fanciullo il quadro sintomatologico preciso come quello di S. e non esitai un istante per pronunziare il mio avviso circa la malattia, e feci diagnosi di *corea della laringe*. Cominciai subito la cura con insufflazioni endo-laringee di idroclorato di morfina, ma in tre sedute non ne ricavai alcun vantaggio. Aggiunsi allora il bromuro di potassio, ed il risultato fu pure negativo; praticai infine la sola elettricità faradica percutanea. All'indomani l'infermo asserì essere stata meno molesta la tosse. Insistetti su questa cura, e dopo poche sedute il bambino guarì.

Era appena scorso circa un mese, quando ecco venire a me il primo infermo di corea della laringe, quel tale G. S. di cui ho narrata la storia. Dopo poco più di un anno era comparsa la recidiva, la quale però era leggiera, giacchè gli accessi di tosse erano meno frequenti e penosi di una volta.

Edotto dai risultamenti della cura precedente, praticai anche in costui la sola elettricità faradica percutanea e dopo cinque sedute l'infermo era guarito. Per sempre più convalidare il favorevole successo ottenuto, volevo fare qualche altra medicatura, ma l'infermo fu costretto ad allontanarsi.

Esposti così alla meglio questi due casi di corea laringa, mi si permetta ora di fare una rapida, ma diligente rivista di quanto altri ha detto ed osservato su questa speciale malattia e venire poscia ad una qualsiasi conclusione.

Fin da tempi remoti furono segnalati casi di tosse latrante, ulutante, gracchiante. Infatti si legge che BELL tra il 1810-1820 osservò in una giovanetta una tosse che egli chiamava convulsiva, la quale dava 10 colpi a minuto. Questi accessi scomparivano durante il sonno. La malattia durò quattro settimane e recidivò tre volte.

Questi caratteri così precisi esposti da BELL trovano un riscontro esatto con la sintomatologia dei due casi da me osservati e descritti ai quali oggi si da il titolo di *corea laringea*.

Tra il 1830 e 1840 ROMBERG ha descritto alcuni casi che rientrano nella categoria della corea laringea.

Passarono oltre venti anni allorchè MANDL (1) descrisse ulcune forme analoghe alla corea della laringe.

---

(1) Gazette des Hôpitaux, 1861.

Türck (1866) dichiara (1) di avere osservato cinque casi di questa specie; quattro dei quali, secondo Schrötter, presentavano indubbiamente la sindrome fenomenica della corea laringea.

Nel gennaio del 1878 Geissler, in una sua conferenza fatta a Dresda, descrisse un caso alquanto dubbio di corea laringea.

Nello stesso anno (1878) Massei in una monografia, pubblicata nel giornale il Morgagni (2), descrisse tre casi di tosse nervosa che Schrötter più tardi nel riportarli nell'*Allg. Weiner mediz. Zeitung*, impartì loro il nome di corea laringea. L'anno appresso lo stesso Massei (3) pubblicò ancora un caso di corea laringea, nel quale vi erano speciali accessi di tosse indipendenti dalla volontà dell'infermo. Egli dichiarò che la base anatomica di questa affezione era incostante, ora anemia, ora iperemia della mucosa della laringe. Portò opinione che con mezzi topici si possa diminuire la sensibilità patologicamente esagerata della mucosa laringea. Recentemente in un giornale francese (4) il Massei riportò ancora un caso di quasi completa guarigione di corea laringea mercè toccamenti con l'idroclorato di cocaina; e dal risultato di questa medicatura egli riconferma la sua opinione, essere cioè la corea laringea una iperestesia della sensibilità riflessa del laringe.

Schrötter (5) il quale ha fatto studii importanti su questa affezione, afferma, che la caratteristica speciale di questa malattia consiste in ciò: che senza causa valutabile, senza che vi sieno altre affezioni, si manifestano *involontarii accessi di tosse* i quali si distinguono per un certo timbro musicale speciale. Questi accessi di tosse cessano completamente durante il sonno, per ricominciare non appena l'infermo è desto. Egli fa notare che tutti i casi da lui osservati riguardavano individui da 8 a 14 anni di età. Schrötter osservò nei suoi infermi che oltre la contrazione muscolare prodotta dalle espirazioni fragorose nella tosse, vi erano pure contemporanee contrazioni in altri territorii muscolari. Prescindendo dalla delicata costituzione organica e dall'anemia, questi infermi non presentavano altre anomalie. Schrötter dice: che questi ammalati andavano soggetti alle recidive le quali erano più leggere della prima invasione. Il reperto larin-

(1) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes ecc. Wien 1866.

(2) Contribuzione allo studio delle nevrosi laringee. Il Morgagni 1878 N. 4.

(3) Corea laringea. Giornale internazionale delle scienze mediche, 1879, N. 6.

(4) Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Paris 1885.

(5) Ueber Chorea Laryngis. Allg. Wiener med. Zeitung, 1879 N. 7.

goscopico sempre negativo, o tutt' al più lieve rossore alla laringe. Secondo l'autore la prognosi è assolutamente favorevole e la guarigione si ha a capo di tre a sei settimane. In quanto alla cura, lo SCHRÖTTER consiglia le affusioni fredde nel bagno caldo, l'elettrico; internamente poi il chinino ed occorrendo anche il ferro. Dirò, infine, che egli ritiene questa affezione per una pura nevrosi di motilità.

RADCLIFFE dice: bisogna qualificare col nome di corea ogni *movimento disordinato*, *involontario* che non ha il carattere del tremore delle convulsioni e dello spasmo. Secondo lui la corea è molto affine alla isteria; ed allora si è autorizzati a parlare di corea laringea, quando i movimenti della laringe sono *coreiformi*; i sintomi della corea generale confermano la diagnosi.

KNIGHT divide la corea in tre varietà.

1° Quei casi in cui sono interessati non pure gli adduttori del laringe, ma eziandio i muscoli espiratori del petto e dell'addome e producono una tosse abbaiante. Durante il sonno i sintomi si calmano. Questa forma o varietà di corea della laringe colpisce per lo più fanciulli di 8-14 anni. In alcuni casi durante l'accesso vi ha pure lo starnuto.

2° Quei casi nei quali sono interessati soltanto i muscoli della laringe. L'unica osservazione di questo genere è stata dall' autore descritta nel 1° volume degli *Arch. of Laryngol.* Si trattava di una donna a 42 anni la quale aveva ad ogni minuto 120 accessi di spasmi clonici dell' elevatore del palato, e contemporaneamente anche negli adduttori della laringe. Non vi era tosse, la voce era tremula, ma non interrotta. Questo caso differiva dalla corea ordinaria in ciò, che i movimenti erano ritmici e persistevano durante il sonno.

3° Nella terza forma sono interessati soltanto i muscoli espiratori , allora non vi ha una corea della laringe propriamente detta. Il CHIARI di Vienna ha descritto un caso di questo genere.

La prognosi secondo KNIGHT è favorevole; e la cura va fatta col chinino, con la corrente costante, con i preparati marziali ed i bagni caldi, durante i quali si praticano abluzioni fredde con liquidi effervescenti.

Non terrò qui parola di alcune opinioni espresse da SCHREIBER (1) perchè il caso da lui pubblicato pare che non sia di corea laringea nel senso rigoroso della parola.

CARTLIGHT si associa pienamente alla opinione di SCHRÖTTER

---

(1) *Ein Beitrag zur Chorea Laryngis. Wiener med. Blätter* N. *15*.
Il caso descritto da Schreiber è il seguente : *Una giovane a 18 anni affetta da accessi della così detta corea major, nei primi anni di tali accessi*

e dichiara che la corea laringea è un vero disturbo di motilità della laringe. Nella cura non trovò punto efficace l'arsenico raccomandato da Morgan. In tre casi da lui osservati l'elettricità determinò la guarigione.

La diagnosi adunque della corea laringea non torna difficile, se si pon mente al treno fenomenico presentato dai miei due infermi, di cui testè ho narrato la storia e da quelli degli altri autori succennati.

Dalla esposizione delle diverse opinioni circa la corea del laringe, opinioni che mi son sforzato di raccogliere con la maggiore diligenza possibile, si rileva: che la patogenesi di questa *nevrosi* dell'organo fonatore è ancora controversa.

Due opinioni si combattono la palma. Vi è chi dice (Massei) che la corea laringea è una iperestesia della sensibilità riflessa del laringe, e v'è chi ritiene (Schrötter) che la malattia in disamina sia una pura nevrosi di motilità. A questa seconda opinione si sono associati quasi tutti gli autori che ho avuto agio di riscontrare.

La corrente costante è stato il mezzo terapeutico proposto ed adottato generalmente da tutti, coadiuvando la cura ora coi calmanti, e perfino con gli anestesici, ora coi ricostituenti.

I risultamenti sono stati più o meno buoni, ma non mai costanti e certi. Io però avendo usato *la sola corrente faradica* nei due miei infermi ho avuto effetti pronti e stabili.

Per la qual cosa potrei conchiudere che la *corrente faradica* costituisca un mezzo terapeutico efficace nella corea laringea. Pur tuttavia ricordo che nella cura di così strana affezione molti rimedi si son mostrati attivi una volta ed inefficaci un'altra e che la patogenesi di questa infermità, anche a volerla fondare assolutamente sul criterio *a juvantibus* della cura da me adottata, resta ancora infra due, se cioè la corrente faradica applicata nella regione prelaringea abbia potuto stimolare primariamente il ricorrente, ovvero i muscoli laringei, e quindi ripristinare la dissestata funzione della laringe. Su tali riguardi sono necessarii ulteriori studii.

---

emetteva in modo rapidamente consecutivo suoni che all'orecchio di tutti apparivano come quarte o quinte. L'uso dell'elettricità poteva calmare nell'elasso di quattro minuti questi speciali accessi, anzi poteva arrestarli completamente.

Io sono di opinione che questo caso non possa identificarsi con quello che Schrötter chiama corea della laringe, perchè non si parla affatto di tosse.

DELLE STAZIONI CLIMATICHE IN ABRUZZI E PREFERIBILMENTE IN CIVITELLA DEL TRONTO

Lettera aperta del Prof. **A. DI PIETRANGELO** al Direttore.

Fra talune pregevoli pubblicazioni che il Prof. DI PIETRANGELO si compiacque donare a questi *Archivii*, ve n'è una che m' interessò particolarmente ; e sia per questo, sia per mantenere la promessa di occuparci ogni tanto di climatologia, sia infine perchè si tratta di far conoscere a noi Italiani cose nostre, che ignoriamo, io pregai questo simpatico scrittore di condensare in una lettera gli argomenti esposti nel suo libro.

Rendo grazie infinite all'Autore, e lascio giudice il lettore della materia che egli tratta.

Solo così io mi salvo dall'offendere la esemplare modestia del Dottor DI PIETRANGELO.

Massei

Ill.mo Signor Professor MASSEI,

In omaggio alla sua cortese compitezza che tanto la distingue, eccomi a secondare il suo generoso invito.

Ritenga tuttavia, Signor Professare, che il mio articolo, — comunque voluto dalla sua benevole amabilità verso me — non è tale da essere degno delle dottissime colonne del Giornale da Lei diretto che può essere palestra soltanto a forti ingegni. E da questo lato, mentre ammiro in Lei l'uomo della scienza, sento il dovere di essere più che mai grato all'uomo di cuore, e, sotto questo punto di vista, mi congratulo meco stesso, quando imparando a conoscere qualche suo lavoro, pruovai in me spontaneo il sentimento del rispetto e dell'ammirazione per lei cosi « come per fama l'uomo s' innammora ».

Ad onta di tutto ciò da parte del suo gentile animo, io tengo a dichiarare che non sono io che potrei alzare la voce per un argomento così arduo che non gode ancora il beneficio della popolarità, massime oggi in cui vi sono tanti uomini eminenti in Italia che col prestigio della loro autorità potrebbero produrre lo effetto del sole contro la nebbia.

Ad ogni modo, dopo le ricerche climatologiche che da circa 24 anni a questa parte hanno fatte quei giudici competenti che si chiamano EDUARDO CARRIERE, LABANSCHI, BUTANSKI, HAMEAN,

Farina, Peter, e il dottissimo nostro professor Cantani in tutte le occasioni ove ha parlato di profilassi pulmonare, ed il nostro mondiale professore Tommasi, sommo vanto abruzzese, che da oltre 30 anni perora una tale necessità all'Italia con quella sua parola scultoria, e poi il professor E. Fazio, mio vecchio e bravo amico, nel suo dotto argomento « *Ambiente istologico* » e finalmente Lei stesso colle « Nozioni preliminari di Aeroterapia» e così di seguito, — quali utili considerazioni possono farsi da un medico condotto e che eco potrebbe trovare la parola di costui in mezzo ad un pubblico più o meno scettico, per una dottrina che — come bellamente ella dice — *ha tuttora una posizione ibrida nella scienza*?

Tuttavia, dire qualche cosa *a sensation* lo si puote anche da chi non va oltre la vernice delle cose, e che senza alcuna discussione teoretica, vede pure che la ragione dell'immunità contro la tisi è classicamente data dall'osservazione quotidiana degli abitanti delle regioni montuose, dove è pressocchè sconosciuto il germe tubercolotico.

Difatti, per questo lato la Climatologia nell'attualità della scienza comincia ad avere un'importanza di ordine assai elevato. I libri stessi climatologici, come le geografie e le fisiche climatiche e via via, corredate dalle più sode nozioni di fisiologia, di patologia, di clinica e di statistica, si moltiplicano ogni giorno, e tutte mirano ad uno scopo, cioè a quello di attenuare certe affezioni dell'apparecchio respiratorio. Grazie quindi ai progressi dei tempi, il mondo medico e il mondo naturalistico lavorano di conserva e con gran lena sul proposito, tanto che oggi la terapia di certe malattie giudicate *incurabili* anche quando sono in potenza, può farsi soltanto da quella parte che riguarda la profilassi, che, mediante la conveniente dimora in siti elevati, può riuscire vantaggiosa se non pure decisiva.

Nelle diatesi pulmoniche, verbigrazia, quando cioè il germe esiste nell'organismo in maniera latente e che la disposizione alla tisichezza si rileva dalla dinastia, dall'anemia generale, dal pallore della pelle, dallo stato alquanto ipertrofico delle glandole e dalla forma più o meno viziata del torace, allora ognuno sa come riesca preziosa la medicatura che si riscontra nelle stazioni climatiche, confortate dalle foreste imbalsamate e da tutte le necessarie cure che traggono partito dalla terapia razionale, dall'igiene e dalla congrua dietetica. Noi abbiamo qualche misero tentativo in Italia ed anche in Abruzzi come nella città di Aquila, ma è ben lungi ancora dal raggiungere le celebrate Stazioni climatiche che sorgono in Baviera, in Slesia, nella Prussia, nell'Austria, nell'Ungheria, nella Svizzera, dove il lusso, i comodi giuochi pub-

blici, i concerti musicali e gli strepitosi divertimenti, contribuiscono ad accrescere la fama mondiale, di cui godono queste località.

Del resto, nei nostri Appennini non mancano siti pittoreschi che potrebbero contrastare il primato alle terre straniere; anzi, vi è tra noi tutta la più classica opportunità per avere Stazioni climatiche di grandissima entità. Egli è strano che in questa variata terra italiana e più ancora questo variatissimo suolo abruzzese dalle ridenti coste adriatiche, dalle fertili convalli ed eziandio dai giganteschi monti, tra le cui cime più elevate grandeggiano le titaniche vette di Majella e di Montecorno, colle nevi scintillanti al sole, coi dirupi solcati da frane e da ghiacci, colle balze scoscese, coi cupi burroni precipitosi, colle villette pensili come nidi di aquila, e più ancora con tutta la immensa produzione di montagne di varia grandezza e direzione — non si abbia a riscontrare alcuna buona disposizione orografica, capace di competere almeno in potenza colle più amene località straniere!

La diffusione e l'incremento delle Stazioni climatiche si verifica su vasta scala, di solito all'estero: ma anche tra noi, invece dei bagni marini, molti cercano i monti, dove i beneficii più larghi alla debolezza muscolare, alla magrezza delle gambe, alle inclinazioni viziose della testa, alla ineguaglianza delle spalle, alla ristrettezza del torace, alle protratte cachessie ed ai facili catarri degli apici, sono dati dall'aria pura ed ozonizzata che si respira, dalle buone condizioni igrometriche, dalla relativa bassa e costante temperatura, congiunta alla natura del suolo, al genere di produzione, agli accidenti di terreno, alle latitudini, all'anemologia ed a tutto quell'insieme di elementi che i moderni chiamano *mesologia*. A tutto ciò contribuisce pure la *relativa rarefazione dell'aria*, che concede un maggiore afflusso di sangue negli organi e più segnatamente nel piccolo circolo pulmonare. Quindi, un tale consecutivo afflusso, mentre servirà a meglio distendere la cassa toracica e a ridare una certa elasticità e tonicità ai flosci alveoli pulmonari, finirà pure per imprimere — mediante questa salutare ginnastica — uno sviluppo considerevole alla muscolatura toracica, specialmente dell'apparecchio respiratorio.

Ma dopo tutto in Italia non manca altro che la *virtù del volere* e la *virtù dell'azione*. S'intende che l'opera delle stazioni climatiche, come oggi va intesa, è opera grave e dovrebbe essere il risultato di parecchie forze e di parecchie potenze, riunite insieme, congiuranti ad un medesimo fine, come quello che, volendosi attuare davvero, dovrebbe toccare l'eccellenza. Quindi, si capisce che per chiamare forestieri, converrebbe saper fare concorrenza alle Stazioni climatiche straniere di maggior grido. In

fondo nessuno ignora l'importanza delle stazioni climatiche, ogni clinico ne parla a tempo e luogo, ne enumera i pregi, ne deplora la mancanza, ma è all'estero dove questo prezioso acquisto della moderna terapia si è annidato, e là ogni dì si allarga colla presunzione e colla perseveranza di una dottrina, destinata a prevalere parecchio e che dimani col progresso della civiltà potrà sperarsi di vedere cancellate dai libri di patologia le tante temute diatesi pulmoniche ereditarie, o per lo meno, vederne attenuato il flagello.

Pare che solo l'Italia non abbia fede in se, l'Italia che essendo circondata a settentrione dai baluardi alpini e che essendo divisa in tutta la sua lunghezza dalla formidabile rachide degli Appennini, non abbia finora saputo trovare tutto il vantaggioso partito che le offrono le sue estese, elevate e pittoresche montagne, — l'Italia che è pure una delle Nazioni ove il tubercolo meglio attecchisce, meglio prospera e meglio produce i suoi sinistri effetti. Ci giova tuttavia sperare che la solerte ed efficace valentia de'nostri scienziati — che in questo caso sarebbe il più bel movente di civiltà nazionale, da molti non per anco compreso abbastanza — operasse in guisa da indurre lo stesso governo a tutelare meglio ancora i pochi boschi che tuttavia rimangono, già abbastanza deplorevolmente diradati; e che la legge dell'imboschimento generale delle montagne, così per le provincie come pe' comuni e pei privati diventasse una legge severamente obbligatoria come quella de' camposanti, di certi riti civili e di tutte quelle disposizioni sanitarie che mirano alla pubblica igiene e salute.

Le foreste dovrebbero essere principalmente di pini e di abeti come sono nella Svizzera, nel Tirolo e nella Stiria, per attirare vie meglio la gente del nord che, anche nel pieno e rigido inverno preferisce quelle località, appunto perchè, — oltre il massimo conforto in tutto ed oltre il clima relativamente più mite di quello del settentrione, — vi trova l'aria balsamica dovuta alle boscaglie di conifere.

Adunque l'Italia per questo lato dovrebbe gareggiare con Gleichenberg e con Davos e con molte altre località straniere, dove la nota maggiore è data dal conforto.

Invero, rendere possibile la cura di un morbo così micidiale, come la tubercolosi, sarebbe un gran passo pei grandi centri d'Italia, dove ogni dì si veggono appassire e morire i più vaghi ed i più giovani fiori della stirpe umana. E si comprende pure che la cura radicale della tubercolosi per quel nesso patogenetico che ha colla scrofola, col rachitismo, coll'osteomalacia, coi neoplasmi cancerigni, colla tabe meseraica e coll'idrocefalo, contribuirebbe altresì a migliorare la statistica di questi altri pericolosi morbi ereditari

diffusissimi. Onde si scorge che la necessità delle stazioni climatiche tra noi è abbastanza rilevante ed abbastanza civile: e però dovendosi fare sul serio, è mestieri che si stabilissero col più fine intendimento, ed in modo tale che non si lasciasse nulla da invidiare alle Stazioni estere meglio organizzate. E per farle veramente sontuose, vi si potrebbe annettere un grandioso stabilimento di *Idroterapia* con ogni specie di docce ascendenti, discendenti, orizzontali, a pioggia, a cerchio, a semicupio, ad inafflatura, a getti multipli, a colonne, ad ondate e via via: — come vi vorrebbe pure un *Gabinetto pneumatico*, suppergiù simile a quello che da parecchio funziona in Napoli sotto la direzione intelligentissima dell'esimio Dr. GUARIGLIA; — o, nella peggiore ipotesi per questo lato ed in mancanza di un vero Gabinetto pneumatico, non dovrebbe far difetto un *Apparecchio trasportabile* come quello di HAUKE, modificato da WALDENBURG che è il meglio che risponde ed è il più generalizzato nella pratica odierna.

Viene da ultimo la quistione del *confortabile*. S'intende che questo non deve mancare e che accanto a tale quistione sorge quella del *buon mercato*. Non tùtti sono egualmente facoltosi per andare all'estero, mentre tutti nutriscono la speranza di vedersi restituiti in salute; e costoro ben volentieri assentirebbero al consiglio del medico, quando potessero trovar modo di recarsi in un luogo più vicino di montagna salubre. Gli stessi ricchi, invece di assoggettarsi a lunghi e disagiosi viaggi, — a parità di condizione — preferirebbero la comodità della propria terra a quella straniera, senza dire che, ciò facendo, lascerebbero non piccolo gruzzolo di moneta che in tutti i casi ci sfuggirebbe all'estero. E sarebbe la fortuna di molti paesi e di molta gente che oggi vive nella miseria e nell'oblio il più antiliberale che mai. E per ogni ipotesi, migliorandosi la salute di tante popolazioni e delle più civili, quali sono di solito quelle delle grandi città, si viene indirettamente a corroborare un pochino anche la nostra stirpe omai parecchio decaduta; e col miglioramento degli organi di prima importanza, si perverrebbe pure ad avvantaggiarne le funzionalità: sicchè, fino ad un certo punto, si può dire che ringiovanendo la deperita dinastia italica, si rinvigorirebbero anche le sue maschie virtù.

Pertanto, migliorare la salute di una razza è quanto migliorarne il valore e la fortuna. Adunque per fare tutto ciò veramente in modo conveniente, occorre che la scienza sappia suggerire e che la ricchezza operi in maniera intelligente. In ogni Stabilimento di Climatologia la decenza non deve mancare mai, perchè questa è richiesta da tutti, e specialmente dagl' infermi veri, i quali vi vanno a cercare la salute: ma vi vuole anche l'eleganza

ed il lusso che sono ambiti dai simulatori d'infermità, i quali convengono là da per ogni dove collo scopo di trovarvi distrazioni ed avventure; ed è questa la gente che è capace di profondere maggior somma di danaro.

Io poi non entro a parlare qui dell'ampiezza e comodità delle cucine, della buona esposizione delle camere da letto bene arredate, della decenza dei salottini da riscaldo e delle sale da trattenimento, come non sarebbe qui il caso di cennare la scelta delle vivande igieniche, delle carni grasse ben cucinate, della bontà dei vini ecc. ecc., poichè s'intende che la buona riuscita in gran parte potrebbe dipendere dai trattamenti più o meno sontuosi accanto a prezzi modesti.

Il conforto è importante senza dubbio, ma è *accidentale* e dipende molto da coloro che tengono l'impresa e che in ogni ipotesi amano riuscire non solo a non lasciarsi sfuggire i connazionali, ma a chiamare i forestieri. Sotto ogni considerazione gli Abruzzi godono grandi privilegi per il lato delle montagne salubri: poichè essi posseggono col clima dell'Italia meridionale i monti più elevati e fino ad un certo punto, meglio imboschiti. E tra tante località, mi pare degna di gran considerazione Civitella del Tronto che (oltre ad avere gente non punto speculatrice e solo contenta di modestissimi guadagni) ha un'altezza di oltre 650 metri sul livello del mare, orizzonte sterminatissimo, vedute pittoresche, acqua copiosissima e stupenda, e in fine aria tonica, secca, stimolante, come quella che non trovasi nemmeno a Cannes, a Mentone, ad Ajaccio, a Pau: e s'intende pure che Civitella sarebbe utile soltanto d'estate come a Valdien, a S. Caterina, alla Svizzera.

Giova sperare quindi che gli uomini della scienza piglino in considerazione una tale proposta, e possa la mia parola non essere « *vox clamantis in deserto* ».

Antonio di Pietrangelo

DUE CASI DI LARINGO-TRACHEITE EMORRAGICA

pel Prof. P. MASUCCI.

Non ha guari descrissi — e fui il primo in Italia — un caso di laringo-tracheite emorragica, una entità patologica, la quale fino a pochi anni or sono era completamente ignota, ed oggi grazie agli studii di ROKITANSKY, di STEPANOW, di SCHNTZLER, di FRAENKEL ed altri eminenti scienziati, è stata invece bene studiata nella patogenesi, nella etiologia, nella sintomatologia e nella cura.

Nell'Ambulatorio rino-laringoiatrico dell'Ospedale Clinico ebbi ad osservare altri due casi di questo genere, e mi affretto a pubblicarli, sia per continuare la serie di studii in questo campo, sia ancora per dimostrare che quest'affezione non è tanto rara come finora si è creduto. Qui naturalmente mi limito alla sola casuistica, rimandando il lettore all'articolo da me pubblicato nel luglio dello scorso anno (1); quivi troverà esposte le opinioni altrui e mie relativamente alla patogenesi, etiologia, sintomatologia e cura di questa laringopatia.

Osserv. 1ª. Iliano Pasquale, Sacerdote, di anni 56, di Bacoli, di buona costituzione.

Da alcuni mesi sofferente di mal di gola, tanto da obbligarlo a desistere dal suo impegno di cantare cioè ogni giorno in Chiesa. Allorchè si presentò all'Ambulanza constatai al laringoscopio le note della faringo-laringite cronica e cominciai la cura locale con un certo vantaggio; ma dopo circa 12 giorni, l'infermo si presentò con voce abbastanza rauca, ed asseriva che nel giorno innanzi, e senza che potesse addebbitarlo ad alcuna cagione, aveva notato questo strano cambiamento. L'esame laringoscopico mi faceva rilevare uno stravaso di sangue sotto la mucosa che ricovre tutta la corda vocale sinistra; la corda destra, per l'opposto, era così come l'avevo veduta nei giorni precedenti. Praticai la cura locale astringente (glicerolato tannico per pennellazioni endolaringee) e dopo tre medicature, con l'intervallo di un giorno l'una dall'altra, l'infermo guarì della emorragia nella corda vocale, giacchè fu assorbito lo stravaso, rimanendo, come è naturale, la laringite cronica.

Osserv. 2ª. Di Marzio Antonio, di Napoli, di anni 23, muratore, celibe, di buona costituzione.

---

(1) V. Giornale internazionale delle Scienze Mediche, anno VII. fasc. 7, pag. 562. Napoli 1885.

Dieci giorni prima di presentarsi fu colpito da forte raffreddore per essere stato sotto una pioggia fitta a causa del suo mestiere. Un dolore acutissimo alla gola lo tormentava sensibilmente; il timbro della voce però era normale nel primo giorno, ma il dì seguente cominciò la raucedine, la quale gradatamente crebbe, e dopo sette od otto giorni vi si aggiunse una sensazione come di corpo estraneo alla gola; per la qual cosa l'infermo tentava di liberarsene con sforzi di tosse, e nell'escreato vi notava qualche stria di sangue. Ora poichè allora soltanto egli si sentiva più sgombra la gola e diminuiva la molesta sensazione, ripeteva più volte nella giornata volontariamente la tosse, è quasi sempre avvertiva un certo immegliamento, specie quando nell'escreato vi era la stria di sangue.

Il laringoscopio mi fece rilevare una intensissima laringo-tracheite ed uno stravaso di sangue sotto la mucosa della corda vocale destra, come una grossa lente, oblungo; sul secondo e terzo anello della trachea, sempre al di sotto della mucosa, punti emorragici disseminati.

Io son di credere che la sensazione di un corpo estraneo che l'infermo avvertiva alla gola era l'effetto dello stravaso, il quale agiva egualmente come una piccola quantità di muco che talora si ferma sulle corde vocali, e per cui si è obbligati a tossire fortemente per espellerlo; ma quando l'infermo in discorso faceva sforzi intensi di tosse per liberarsi di quella sensazione, la mucosa si lacerava e veniva fuori quel pò di sangue stravasato; non pertanto gli stessi intensi conati producevano altro stravaso sottomucoso per rottura di vasellini e quindi si avverava novellamente la sensazione e la necessità di tossire.

Anche in questo caso praticai la polverizzazione alcalina ed i diretti toccamenti col glicerolato tannico. Malgrado le mie raccomandazioni, l'infermo trascurò per sei giorni di presentarsi all'Ambulatorio, e fu allora che trovai le sole note di una intensa laringo-tracheite, perchè lo stravaso era stato assorbito completamente e l'infermo non più sentiva tanta molestia alla gola; laonde cessò dal procurarsi la tosse.

In quanto alla rarità dei casi di laringo-tracheite emorragica che si riscontrano nella letteratura della nostra specialltà, io credo — e ciò tenendo presente il risultato ottenuto nei miei tre casi registrati — che siccome l'assorbimento del sangue travasato, è facile e si effettua con mezzi astringenti miti od anche senza alcun rimedio locale, così i laringoscopisti, i quali d'ordinario non hanno l'agio di osservare gli ammalati ad un primo tempo, veggono ben raramente casi di laringiti emorragiche, e quindi probabilmente molti casi di intensa laringite acuta sono già stati di laringite emorragica.

Ospedale Clinico di Napoli

CRONACA

DELLA CLINICA LARINGOIATRICA

pel Dott. F. CARDONE.

Sommario. — 1) Epitelioma primitivo della laringe. — 2) Spasmo glottico da adenopatia sifilo-strumosa cervicale. — 3) Sifilide terziaria e tubercolosi della laringe. — 4) Neoplasia della tonsilla sinistra. — 5) Cronico edema della laringe per trauma. — 6 e 7) Epistassi da varicosità del setto. — 8 e 9) Vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo.

L'Ambulatorio di Rino-laringoiatria dell'Ospedale Clinico di Napoli, diretto dal Prof. Massei, pel numero considerevole di ammalati, che lo frequentano — prova ne sia la bella cifra di 1066 infermi osservati e curati nello scorso biennio, come si rileva dal Rendiconto, di recente pubblicato (1) — dà larga messe ad osservazioni importantissime in questa speciale branca delle mediche discipline. In pochi mesi, dacchè si è aperto l'Ambulatorio del corrente anno scolastico 1885-86, parecchi sono stati i casi clinici, che per la loro impronta tutta caratteristica, differente da quella che comunemente si osserva o si descrive o si ritiene essere nelle singole lesioni, hanno richiamato piena attenzione su di essi e fornito al Prof. Massei propizia occasione a dettare lezioni cliniche con uno scopo eminentemente pratico. Alcuni di questi casi mi hanno in ispecial modo impressionato ed io mi sono determinato a pubblicarli con quelle considerazioni, che stimo opportune. Mi lusingo di non fare opera oziosa, ed incomincio, avendo soprattutto di mira la brevità.

Caso I.

L'inferma, che si è presentata la prima volta nel Gennaio p. p. ha nome Raffaella Viola, da Napoli, di anni 60, donna di casa, vedova, con un figlio vivente e sano.

Dice d'essere malata alla gola e che questa sua infermità data appena da quattro mesi. A quanto racconta, ella in su l'esordio

(1) Cardone Dott. F. — Rendiconto degli anni scolastici 1883-84 e 1884-85 della Clinica Laringoiatriaca Massei (Tipografia l'Unione, Napoli, 1886).

ha notato la voce un pò fioca, che allora ha creduto spiegarsi con un infreddamento, prodotto da'bagni di mare, che in quell'epoca praticava. Continuando però la disfonia, che è passata per varie e sensibili gradazioni, è stata in seguito costretta a consultare un medico, che ha ritenuto la sofferenza come una laringite catarrale semplice: ma, ad onta di tutte le cure consigliate ed usate, la poveretta, essendo sempre più tormentata dal molesto fenomeno, si è presentata all'Ambulatorio.

Essa è completamente afona ed accusa una sensazione di molestia o meglio di corpo estraneo alla gola, sforzandosi ad espuire con forti e sonore espirazioni. Non ha disfagia , nè dispnea od altro fastidio di sorta alcuna.

L'esame laringoscopico lascia constatare una tumefazione, la quale sembra che abbia il suo punto di partenza dal ventricolo di MORGAGNI del lato destro e sporge per poche linee tra la falsa e vera corda vocale. Tale tumefazione presenta un colorito rosso, ha una superficie con leggerissime rilevatezze e si estende in forma pianeggiante, lasciando la convinzione che sia un tumore infiltrato nelle parti vicine e non libero e peduncolato. La corda vocale sinistra si mostra normale, come pure le altre parti della laringe; la corda destra non si vede, poichè il tumore poggia su di essa,

L'inferma è una donna la quale ha goduto sempre buona salute e non si è contagiata mai di sifilide. Sua madre è morta di asma e suo padre di sciatica, secondo ella riferisce. Nessuno di sua famiglia è morto di cancro. Le glandole linfatiche non presentano nulla di notevole; e normali sono tutti gli altri organi.

In tal caso l'esame laringoscopico, se da una parte spiega prontamente il sintoma predominante — l'afonia — che presenta l'inferma, dall'altra mette in serio imbarazzo nel definire la natura della tumefazione, che si osserva nella laringe.

In vero parecchie idee s'affacciano alla mente, e se a prima giunta si elimina l'ipertrofia semplice della mucosa ed anche un'affezione sifilitica o tubercolare, perchè mancano i caratteri e nella storia non v'ha alcun indizio che faccia sospettare un'infezione sofferta, resta predominante l'idea di un tumore.

A tal punto cresce l'imbarazzo, perchè non si può facilmente determinare se si tratti di una neoplasia benigna o di un'altra a triste indole. E certamente fra l'una e l'altra corre gran divario, ed in simili circostanze la perplessità d'animo è giustificata, perchè è in bilico il benessere dell'infermo e la propria reputazione di medico.

Però, avendo sempre di mira la lesione così come si osserva

nella sua immagine nello specchietto, si comprende che di polipi, vegetazioni, papillomi, fibromi, cisti ecc. non è a parlarne. Così, a poco a poco si dileguano le probabilità di una neoplasia benigna; e, guardando più attentamente questa tumefazione di un colorito rosso, con leggerissime rilevatezze, che si estende in forma pianeggiante, che ha proprio l'aspetto di un tumore infiltrato nelle parti vicine e non libero o peduncolato, resta infine fissa l'idea di un *epitelioma della laringe.*

Questa diagnosi d'impressione, che si fa nel laringoscopio alla sola immagine della lesione, viene però confermata da altri fatti. In prima, bisogna tener conto del breve decorso del tumore e del modo subdolo come è cresciuto, in secondo luogo dell'età dell'inferma, che si trova nel periodo della vita in cui sono più frequenti tali affezioni, ed in ultimo della sede.

A tutto questo si può opporre la mancanza d'ingorgo glandolare al collo e l'ottimo stato generale di salute dell'ammalato: ma allora quanti e quanti epiteliomi non si riterrebbero essere, massime quando la neoplasia è al suo inizio! Certo, non bisogna farsi imporre dal quadro nosografico dei casi tipici, di quelli progrediti, quando v'ha e l'ulcerazione e l'ingorgo glandolare e la cachessia ecc.

La diagnosi stabilita è in seguito confermata dall'esame microscopico. Piccoli pezzi, escissi con la pinza di SCHRÖTTER, sono esaminati nel Gabinetto di Anatomia Patologica dal Dott. FERRARI, il quale si esprime con queste precise parole: « ho avuto l'impressione che si tratti d'epitelioma con stroma leggermente sarcomatoso ».

Convalidata così la diagnosi dall'esame istologico, la prognosi è quella, che ordinariamente si fa per tali alterazioni.

La cura quindi è eminentemente chirurgica, diretta allo scopo d'estirpare la neoplasia il meglio possibile. Anzi, se v'ha indicazione più razionale per la estirpazione della laringe, essa si riscontra in questo caso, nel quale (si può quasi dire) la neoformazione è al suo inizio, non si è ancora diffusa, infiltrando le parti vicine, e dippiù l'inferma è in uno stato di salute tuttora soddisfacente, tale da garentire alquanto un esito plausibile dell'ardita operazione.

All'ammalata con bel garbo, quasi celiando, le si parla di operazione per liberarla completamente dal suo male, ma essa se ne ride e risponde che è abbastanza contenta dell'operazione già fatta (allude alla escissione dei pezzetti), perchè le sembra di parlar

meglio; e quindi ringrazia e non vuole altro, dicendo che lei non deve andare a cantare.

Caso II.

Giordano Raffaele, da Napoli, è un giovane in su i 25 anni. I suoi genitori sono tuttora viventi e godono buona salute. Egli, bambino, ha sofferto il morbillo e poi fino all'età di 20 anni è stato sempre bene. Da quest' epoca cominciano i suoi malanni, giacchè, avendo contratto un'ulcera sifilitica, ne ha avuto poi a risentire tutti gli effetti, cioè, forte cefalea specialmente sopra-orbitaria, dolori poliarticolari intensi, roseola sifilitica: non ha avuto però mai placche mucose. Dietro la cura specifica, è andato pian piano migliorando, ma non ha raggiunto mai uno stato di salute soddisfacente.

Due mesi or sono, a quanto egli racconta, essendosi coricato una sera in un relativo benessere generale, la notte all'improvviso è stato destato da una sensazione di forte costrizione alla gola. In quel momento gli sembrava di soffocare e faceva un rumore speciale come di chi nel bere fosse preso da tanti singhiozzi di breve durata e seguentisi l'un l'altro rapidamente.

Gli è stato prescritto allora il ioduro di potassio, ch'egli ha preso per qualche tempo. È stato benino, ma in questi ultimi giorni il miglioramento non è affatto sensibile, perchè l' infermo, sebbene possa riposare 2 a 3 ore, pure è costretto sempre, specie nei giorni di cambiamenti atmosferici, a svegliarsi durante la notte per la solita sensazione di costrizione, che l' obbliga ad aprire le finestre per prendere aria. È da notare a tal punto che ora l' infermo può, durante l' accesso, bere e deglutire qualche cibo mentre sull'esordio di tale disturbo nol potea affatto.

Esame obbiettivo. — Egli è gracile, con cattivo sviluppo scheletrico, con uno stato di nutrizione scadente, di colorito pallido.

Il collo si presenta notevolmente sfigurato ed ingrossato. Palpandolo, a destra, dietro lo sterno-cleido-mastoideo, esiste un grosso ganglio di consistenza cartilaginea, il quale fa quasi corpo con un secondo ganglio anche molto ingrandito e duro. Quest'ultimo è al di qua dello sterno-cleido e s'unisce con le glandole sottomascellari ingrandite ed indurite. In questa regione si notano delle cicatrici ancora fresche e varie aperture, con bordi bavosi e fungosi, da cui esce scarsa quantità di pus giallastro. La pleiade cervicale è tutta ingorgata e si osservano pure due aperture, da cui geme pus. A sinistra, si nota un ganglio abbastanza grande, di consistenza molle, fluttuante, al di là dello sterno-cleido-mastoideo, e le glandole sotto-mascellari di questo lato sono pure assai ingrossate.

Ingorgate sono poi le glandole sotto-ascellari ed inguinali.

L'esame diretto della laringe è negativo, come pure quello del petto e dell'addome.

In questo secondo caso, l'esame laringoscopico è completamente nullo e l'affezione è piuttosto descritta dall'infermo. Si comprende di leggieri che si tratta di una nevrosi laringea, la quale a prima giunta si può definire per *spasmo glottico*, avendo riguardo ai sintomi caratteristici accusati dall' infermo, cioè alla sensazione subitanea di costrizione alla gola e di soffocazione ed allo stridore. E perciò essa non può confondersi con altre nevrosi dello stesso organo — non con la vertigine laringea, perchè non si ha la sensazione di vellichio, la tosse e la vertigine con perdita della coscienza; non con la corea, perchè manca la tosse frequente, spastica, sonora, che cede durante il sonno; non con la tosse convulsiva, la quale ha carattere suo proprio ed è anche rara nell'età adulta.

Però, fino a questo punto, non si fa altro che una diagnosi — direi quasi — dello stesso sintoma, ed invece importa determinare la causa che lo produce, cioè, conoscere l'etiologia della nevrosi.

In questo caso non è a trovare la causa in una affezione endolaringea, perchè l'esame laringoscopico mostra la cavità normale; nè fa mestieri richiamare alla mente tutte le altre molteplici affezioni extra-laringee, capaci di produrre una simile nevrosi, per rintracciare la vera causa, perchè, invece di andare troppo per le lunghe, basta veder solo il collo così sfigurato, palpare le glandole di questa regione, così ingrossate e indurite dalla scrofola e dalla sifilide, per convincersi che una compressione è patita dal ricorrente o dal tronco del vago.

Tale compressione in questo infermo certamente non è intensa, perchè, se non fosse leggera, si avrebbe allora una vera scomposizione nelle fibre nervose, che non funzionerebbero più, e per conseguenza, invece dello spasmo, si osserverebbe l'effetto contrario, cioè la paralisi di gruppi muscolari della laringe. La compressione viene fatta in modo da stimolare semplicemente il nervo e non continuamente, sicchè si ha a volta a volta una iperfunzionalità delle fibre che si portano agli adduttori, donde consegue lo spasmodico avvicinamento delle corde.

Tutto ciò si trova bene in rapporto con quanto insegna la Fisiologia sperimentale sugli effetti ultimi degli stimoli, che si fanno agire sui nervi, a seconda il loro diverso grado d' intensità e di durata.

Questo caso può concorrere benissimo nella importantissima quistione, che attualmente si agita fra **Rosenbach** e **Krause** (1).

Determinata così la diagnosi, la prognosi si può dire lieta, perchè si può facilmente togliere la causa del grave fenomeno.

La cura però dev'essere attiva, e soprattutto chirurgica, consistente nell'asportazione di tutte le glandole sifilo-strumose del collo, allo scopo di togliere non solo la causa prima dello spasmo glottico, ma anche un focolaio di suppurazione e di autoinfezione in un organismo già abbastanza sciupato.

Disgraziatamente la Clinica laringoiatrica dell'ospedale di Napoli non è corredata di letti, e l'infermo si deve contentare nell'Ambulatorio delle pennellazioni endolaringee di cocaina o delle iniezioni ipodermiche di salicilato di cocaina (2), di una prescrizione di bromuro di potassio, di ioduro di potassio a grandi dosi con una cura generale tonico-ricostituente ed in ultimo di un consiglio per la cennata operazione (3).

Caso III.

Sensini Orsolina, da Roma, è una donna di 26 anni, lavandaia, maritata, senza prole. Ha avuto però un bambino, dato alla luce al settimo mese di gravidanza, che è sopravvissuto pochi giorni alla sua nascita. Non sa di quale malattia sieno morti i suoi genitori, ma certo di malattia acuta. Ha fratelli che godono buona salute; una sorella le è morta di vaiuolo.

Bambina, è stata sempre bene. Solo all'età di 10 anni ha sofferto il vaiuolo senza che questo le abbia però lasciato postumo alcuno: e due anni fa mal di gola, che l'ha resa rauca per un intiero mese, dopo del quale è guarita completamente. Pel suo mestiere si è sempre esposta a cause reumatizzanti e si è nutrita male.

Assicura che il marito nella sua gioventù ha sofferto la sifilide, ed essa due anni or sono ha avuto dei dolori alle gambe ed alle tempia, i quali comparivano nelle ore della sera e s'au-

(1) Krause — *A proposito della cosiddetta paralisi degli abduttori delle corde* (Traduzione del Dott. V. Meyer, che viene pubblicata in questo stesso numero degli Archivii).

(2) Il salicilato di cocaina è stato recentemente vantato nell'asma come mitigante l'accesso. Il Prof. Massei l'ha già sperimentato con successo nell'asma da bronco-stenosi e per analogia lo consiglia anche nello spasmo glottico.

(3) Il caso riferito me ne ricorda uno perfettamente identico, osservato due anni or sono all'Ospedale Militare di Napoli. Era un giovane soldato, nel quale, estirpati i ganglii sottomascellari affetti, ogni accesso di spasmo glottico scomparve come per incanto e la salute rifiorì.

mentavano col calore del letto, presentando nel giorno libera quiescenza. I dolori alle gambe dopo la durata di un mese sono completamente dileguati, mentre quelli alle tempia persistono tuttora. Dice di non aver avuto giammai macchie sulla pelle, nè alopecia, nè altro che accennasse all'infezione celtica.

Nel Novembre p. p., a quanto racconta, dopo essersi esposta più del solito ad una influenza perfrigerante, è stata di botto assalita da febbre, che si è ripetuta per otto o dieci giorni. Col comparire della seconda febbre è stata presa da dolori alla bocca, che in principio le impedivano la masticazione e la deglutizione e poi si sono diffusi alla gola. Da quel tempo è andata denutrendosi ed i mestrui, che prima sono stati sempre regolari, sono anche totalmente scomparsi. Da un mese solo è comparsa la raucedine.

Attualmente l'inferma avverte dolore alla gola, leggera tosse, con espettorato abbondante, raucedine fino all'afonia completa, leggera difficoltà nel respiro e massima nella deglutizione. Nelle ore serotine ha dei brividi di freddo seguiti da accaloramento generale e nella notte suda.

Esame obbiettivo. — L' organismo è abbastanza denutrito, le mucose estremamente pallide: v'ha adenopatia inguinale e laterocervicale.

L'esame del cuore è completamente negativo.

I pulmoni alla percussione sono normali. Solo all'ascoltazione si avverte la respirazione nella regione anteriore un pò aspra a destra, e nella regione posteriore fra l'angolo scapolare e la colonna vertebrale v'ha leggero soffio bronchiale.

All'esame laringoscopico l'epiglottide si mostra tumida, specialmente nel suo margine libero, con distruzione dello stesso verso il lato sinistro; l'ulcerazione ha fondo lardaceo e bordi tagliati a picco, e la mucosa limitrofa è di colore rosso-fosco. Le aritenoidi sono tumide e quella di sinistra è ulcerata. Sulla falsa corda di destra appare anche un'ulcerazione a fondo grigiastro, ed infine una grande quantità di pus si trova raccolta nella cavità laringea da impedire di vedere il resto.

In questo caso tutti i sintomi riferiti dall' inferma trovano presto la loro spiegazione nello specchietto laringeo, che mostra una lesione della laringe di non poca entità: ma definire la natura del processo ulceroso, che si osserva, non è cosa tanto facile. Anche a voler fare una rigorosa analisi differenziale, se moltissime alterazioni si riesce ad eliminare, resta in ultimo potente il dubbio su un'affezione sifilitica o su una tubercolare, e decidersi per quella o per questa non è cosa agevole. L'anamnesi e

l'esame generale dell'inferma neanche aiutano in tale imbarazzo, perchè, mentre si hanno criterii per ammettere l'una e l'altra infezione, ogni gruppo di essi, considerato isolamente, non è sufficiente a far ritenere possibile la sifilide a preferenza della tubercolosi. Infatti, se è vero che il marito della inferma è stato sifilitico, non si può sicuramente ammettere la sifilide in essa pel solo ingorgo delle glandole e pei dolori sofferti, sintomi che possono benissimo dipendere anche dallo stato generale così denutrito; e viceversa, se la febbricola, la denutrizione ed i pochi segni rilevati all'esame del torace possono far ammettere una tubercolosi, non possono mai spiegare una sì grave manifestazione nella laringe.

In tale congiuntura l'esame laringoscopico, se a prima giunta fa crescere l'imbarazzo, fornisce poi qualche criterio differenziale, quando però si è già vagliato il *pro* ed il *contro* di tutti gli altri, sia anamnestici, sia dell'esame generale. In vero, guardando attentamente nello specchietto, studiando i più piccoli particolari della lesione, si rilevano alcuni caratteri, che fanno intravedere più la sifilide che la tubercolosi. Essi sono principalmente: la larga distruzione delle parti, la profondità delle ulcerazicni, il margine di questo tagliato a picco, il loro fondo lardaceo, il colorito rosso-fosco della mucosa limitrofa. A questi criterii se ne aggiungono altri, quali sono il decorso relativamente rapido della malattia e la vita ancora compatibile con un'alterazione così estesa.

Resta adunque nella mente più determinata l'idea di sifilide, e propriamente di una *infiltrazione gommosa ulcerata e diffusa*, senza potere però distruggere il dubbio di una tubercolosi.

La prognosi, di conseguenza, se non è del tutto infausta, è molto riservata, non solo pel dubbio tuttora persistente, ma anche per la grande estensione della lesione e per la sua sede, ammessa pure indiscutibilmente la sua natura sifilitica.

Ciò non ostante, una cura è reclamata, sia sintomatica, sia generale, sia anche causale, avendo soprattutto riguardo alla infezione sifilitica quasi certa.

All'inferma infatti viene prescritta una cura generale e locale; e per parecchi giorni le si fanno nell'Ambulatorio le pennellazioni locali di cocaina, le polverizzazioni di sublimato corrosivo, l'applicazione di iodoformio sospeso nell'etere e dippiù le iniezioni ipodermiche di sublimato.

Intanto, incomincia a comparire sulla parete posteriore della faringe una tumefazione rossastra, che a poco prende tutti i caratteri dell'infiltrato gommoso. Con questo criterio patognomonico

è evidentemente confermata la diagnosi di sifilide; ma in questo frattempo l'inferma è ricevuta nella 1ª. Clinica medica, ove si procede all'esame micro-chimico degli essudati (raccolti direttamente dalla laringe dal Prof. Massei) e si rintracciano i bacilli tubercolari. E così anche la tubercolosi non è più in dubbio, ed invece viene chiaramente dimostrata.

A tal modo vengono giustificati tutti i dubbii, e si ha l'occasione di osservare due diverse infezioni nello stesso individuo e, a dir meglio, nello stesso organo.

Per certo la sifilide sarà stata la prima a manifestarei alla laringe e posteriormente sarà penetrato ed attecchito il bacillo di Koch, il quale microrganismo ha trovato condizioni locali e generali favorevoli al suo sviluppo. Ciò è in pieno accordo con la moderna teoria sulla tubercolosi.

Caso IV.

Pellecchia Maria, da Melito, ha 39 anni ed è maritata. I suoi genitori sono morti, la madre in parto ed il padre improvvisamente. Ha perduto pure due fratelli per febbre perniciosa, come essa dice: due altri fratelli e quattro sorelle sono viventi ed in buono stato di salute, come pure gli altri parenti.

Dice d'essere stata sempre bene per lo passato, se si accettuano delle febbri, avute per tre o quattro volte.

Pochi mesi or sono ha sentito lieve molestia nel deglutire, la quale è andata poi aumentando; ed avendo essa preso consiglio, le è stato prescritto il ioduro di potassio per via interna ed il calomelano da usarsi in loco. In questi ultimi giorni la sensazione di molestia nella deglutizione è cresciuta fino ad assumere il carattere di dolore penetrante nella gola.

Esame obbiettivo. — La donna è di sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari sufficientemente sviluppate, pannicolo adiposo piuttosto scarso, colorito normale.

All'esame della faringe, si nota una leggera faringite con muco secco ed aderente alla parete. L'istmo presenta la sua mucosa piuttosto pallida: la tonsilla destra è di volume normale, la sinistra sporge fuori dei pilastri. Esaminando più attentamente quest'ultima, si nota ch'essa è grossa quanto un'avellana, di colorito rosso intenso di consistenza molle elastica e presenta una ulcerazione con fondo giallo-sporco dai margini poco rilevati, larga quasi quanto tutta la sua faccia libera.

Le glandole sottomascellari sono poco ingrossate, come pure le retrocervicali e le altre.

Sebbene la presente storia sia semplicissima e l' affezione limitata alla tonsilla sinistra, nondimeno è difficile precisare una diagnosi solo coi caratteri della lesione; nè i criterii forniti dall'ammnesi e dall'esame generale dell'inferma aiutano a solvere i dubbii.

L'affezione, tale si presenta allo sguardo dell'osservatore, è di quelle che non danno alcuna impressione di un morbo a preferenza di un altro. Se si elimina facilmente l'idea di una ipertrofia cronica della tonsilla e di altre forme morbose semplici, resta tuttora sospeso l' animo fra un'affezione sifilitica ed una neoplasia.

In quanto all'affezione sifilitica, se si elimina la sifilo-sclerosi iniziale, resta però l'idea di una gomma ulcerata e, riguardo alla neoplasia, se non si può ritenere come possibile il papilloma, il fibroma, il sarcoma, il linfo-sarcoma, lo scirro, l'encefaloide, non si può però negare qualche carattere evidente dell'epitelioma. Sicchè il dubbio resta infine circoscritto fra l'*infiltrato gommoso ulcerato* e l'*epitelioma*. È vero che il primo non ha appoggio nell'etiologia, nè in altri caratteri della sifilide costituzionale (sebbene la mancanza dell'ingorgo glandolare possa aversi, ammessa una sifilide d' antica data); è vero che il secondo è rarissimo come affezione primitiva della tonsilla — ma allora...?

In tanto imbarazzo due criterii possono aiutare: l'esame microscopico e la cura.

Infatti, nell'inferma sono escissi alcuni pezzetti della tonsilla affetta, ma per mancanza di tempo l'esame istologico non è ancora compiuto.

Dall' altra parte, si incomincia ad usare la cura antisifilitica, facendo iniezioni ipodermiche di sublimato corrosivo e diretta applicazione di iodoformio.

A quanto pare, la lesione va modificandosi favorevolmente, ma ciò non ostante la diagnosi *est tunc sub judice*.

Caso V.

Bonaiuto Giuseppe, da Napoli, di anni 25, panettiere, ha il padre tuttora vivente, che gode buona salute, ed ha perduto la madre venti anni or sono, non sa per quale malattia. Un suo fratello e due sorelle, maritate, sono in perfetto stato di salute: un altro fratello ed una sorella sono morti, l'uno a sedici, l'altra a sei anni.

Dice d'essere stato sempre bene fino all'età di 20 anni. A quest'epoca, dopo 4 o 5 giorni da un coito impuro, ha avuto fimosi e secrezione muco-purulenta dall' asta, che egli asserisce esser

subito finita dopo aver fatto uso per alcune volte del nitrato d'argento. Dopo due mesi ha avuto nuovamente scolo blenorragico, guarito anche in breve tempo. Nega d'aver avuto manifestazioni cutanee e mucose, cefalea, dolori, caduta di capelli e d'aver fatto alcuna cura speciale.

Al primo di quest'anno, dopo qualche ora dall'aver mangiato del baccalà, ha avvertito una notevole molestia nella deglutizione, che in quel momento s'è accorto subito dipendere da una spina abbastanza lunga, conficcata sull'alto dell'ugola con direzione verso l'arcata sinistra, tanto che, toccandola a scatti, riusciva a farla vibrare. Allora con con un po' di stento è giunto a toglierla tutta, seguendo lieve emorragia e leggera febbre, che gli è durata due giorni. Cinque o sei giorni dopo, ha avvertito tumefazione nella regione sottomascellare e parotidea di sinistra ed una sensazione di molestia nel deglutire, la quale è andata sempre aumentando fino ad oggi.

Ha usato in questo tempo pennellazioni locali e varii gargarismi senza ritrarne alcun giovamento.

Attualmente l'ingestione di bevande gli provoca quasi la soffocazione ed egli è costretto a rigettarne una parte , mentre l'ingestione di cibi gli produce minor disturbo. Egli dice, che dopo il pasto sente ricominciare una forte costrizione alla gola, quasi che la parte in breve si tumefaccia considerevolmente. Durante i cambiamenti atmosferici si sente più affannoso, e nella notte non può riposare, perchè gli sembra di soffocare ed è costretto a sputare continuamente.

Esame obbiettivo. L'individuo è di costituzione scheletrica regolare, ha colorito bruno, capelli castagni, sviluppo muscolare discreto.

Alla regione cervicale destra si osservano ganglii che cominciano piccoli in basso e vanno aumentando man mano di volume verso l'alto, finchè dietro l'angolo mascellare se ne osserva uno abbastanza grande, che per un solco è diviso da un altro parimenti sviluppato, sottomascellare. È sensibilissima una pleiade glandolare inguinale a destra ed a sinistra, con glandole usiformi, ingrandite, di consistenza elastica. Anche i ganglii epitrocleari, in ispecie i sinistri, sono sensibili alla palpazione. Non si osserva però nessuna cicatrice, nè tessuto sclerosato nel solco balano-prepuziale ed al frenulo.

Il velo-pendulo si vede allungato ed ingrossato, come pure tumefatto si vede il pilastro anteriore e posteriore e la parete sinistra della faringe tanto che la parte più alta viene quasi a contatto con la parete posteriore del velo. L'epiglottide, le piche ari-epiglottidee e le aritenoidi sono edematose: le corde vocali si

vedono a stento, ma sono normali. Il colorito di queste parti è di un rosso sbiadito, la loro tumefazione è alquanto cedevole a toccarla col dito.

In questo quinto caso la diagnosi sostenuta dal Prof. Masses è quella di *edema cronico della faringe e della laringe per trauma*, come la più plausibile, perchè convalidata da parecchi criterii, sia obbiettivi, sia etiologici.

Infatti, se si considera in prima la lesione — rappresentata da una tumefazione rossa, alquanto cedevole, del velo, dei pilastri, della parete posteriore della faringe e delle aritenoidi — si elimina anticipatamente l'idea di una neoplasia, sia benigna, sia di triste indole, sia tubercolare, perchè mancano tutti caratteri, non osservandosi nè noduli, nè bernoccoli, nè sporgenza qualsiasi, nè ulcerazione. Restano predominanti nella mente solo due idee, cioè che si tratti o di un processo sifilitico o di uno infiammatorio semplice. In quanto alla sifilide, non si hanno i caratteri nè della sifilo-sclerosi iniziale, nè dei condilomi piani; ed in secondo luogo tali manifestazioni sono piuttosto rare in queste parti e, quando si osservano, è la tonsilla la sede prediletta. D'infiltrato gommoso poi non è a parlarne, perchè la lesione non ne presenta i caratteri: e dippiù, anche ammessa la sifilide costituzionale per l'ingorgo speciale delle glandole, massime delle epitrocleari, l'infezione sarebbe recente, anzi nel primo periodo, e non si potrebbe osservare una manifestazione terziaria. Sicchè, resta predominante in ultimo l'idea di un processo infiammatorio semplice, il quale deve aver avuto per causa il trauma, perchè è incominciato quando la spina di baccalà si è conficcata nel velo.

Tale processo sarà stato in principio acuto, come fa supporre la febbre, sebbene lieve, che si è sviluppata dopo l'accaduto ed è durata per due giorni, e poi resosi cronico, acquistando tutti i caratteri di un'infiammazione edematosa cronica della faringe diffusa alla laringe.

Per certo, tale cronicità non stupisce, perchè si vede spesso la flogosi dell'istmo prolungarsi e diffondersi assai facilmente alla mucosa limitrofa, per la ricca rete di vasi e follicoli linfatici, della quale è provvista la mucosa di queste parti, come hanno con evidenza dimostrato Waldeyer, Coyne, Lusckha, His, Kölliker ed altri. Forse in questo infermo saranno concorse altre cause a far perdurare il male, quali la poca cura usata nei primi giorni, l'essersi esposto al freddo-umido per ragioni del suo mestiere, l'aver continuato a fumare, il non aver posto in pratica alcune norme richieste dal caso nella scelta degli alimenti, le pennellazioni usate forse irritanti e forse anche, a farla breve,

l'essere rimasto conficcato qualche pezzo della spina. Infine, si può aggiungere che nelle mucose, anche eliminata la causa della flogosi, resta quasi sempre una tumefazione. A tal proposito il Prof. Massei ricorda che nell'esofago, anche espulso il corpo estraneo rimane la disfagia, ed i cibi per qualche tempo non passano liberamente, perchè in qualche punto la mucosa resta tumida e stringe il canale a mo' di colletto.

L'infermo con una cura, indicata dalla diagnosi riferita, va alquanto meglio, perchè i sintomi funzionali sono meno molesti e la tumefazione diminuisce.

Però, in questo caso, può tuttora far peso nella mente soprattutto l'ingorgo glandolare multiplo, in ispecie delle glandole epitrocleari, col dubbio che non si tratti di una vera infezione sifilitica generale con una rarissima e speciale manifestazione nella gola.

Caso VI e VII.

Il primo è un tale Esposito Nicola da Viesti, di 19 anni, cuoco, di buona costituzione, affetto sin dall'età fanciulla da epistassi; il secondo un tale Tardivo Adamo, da Portici, di anni 35, falegname, affetto da un mese anche da epistassi.

Accenno brevemente che in questi due casi l'epistassi è dovuta a *varicosità vasali della porzione cartilaginea del setto*, sulle quali Voltolini di recente ha richiamato l'attenzione per molti casi di epistassi.

Aggiungo che una sola applicazione locale dell'ansa galvanocaustica libera per sempre tutti e due gli infermi dal molesto fenomeno.

Caso VIII e IX.

Sono due fanciulli, l'uno a nome Pirone Pasquale, da Napoli, di anni 4, di buona costituzione, l'altro a nome Giusti Concetta, da Napoli, di anni 7, di costituzione linfatica. In entrambi sono notevoli due fenomeni, il dormire a bocca aperta con un russo molesto e la sensazione di occlusione nasale, da più tempo.

La esplorazione digitale dimostra che i due fanciulli sono affetti da *vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo*; e la cura diretta, chirurgica, manovrando a preferenza con pinza Catti, li libera in poco tempo da ogni molestia.

Riferisco brevemente questi due casi per contribuire alla casuistica di un'affezione, che, se è rara in Italia, pure si riscontra qualche volta, quando si faccia un esame diretto e diligente della

parte affetta — senza ripetere quanto ho già detto a proposito d'altri due casi osservati in Clinica (1).

CONCLUSIONI.

Da quanto ho esposto, e soprattutto dai primi casi riferiti, si deduce:

1) Che alle volte, non ostante l'esame diretto il più scrupoloso e soddisfacente, non poche difficoltà sorgono nella diagnosi;

2) Che fra tutte le affezioni la sifilide, la tubercolosi e qualche neoplasia a triste indole sono quelle che danno maggiori difficoltà nella diagnosi delle loro manifestazioni, potendosi facilmente confondere l'una con l'altra od anche con un semplice processo;

3) Che di conseguenza in simili casi non bisogna fidare interamente nel laringoscopio o in qualsiasi altro mezzo semiotico, ma nei criterii della Clinica generale, che può mettere ogni questione nei veri termini e solvere onorevolmente qualche dubbio.

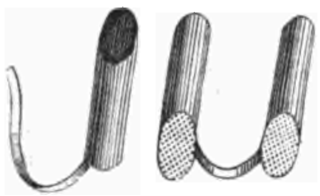
---

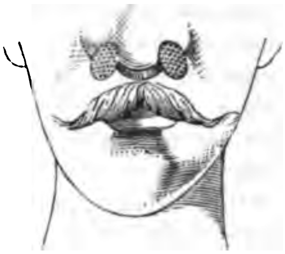
(1) Dott. F. Cardone. *Vegetazioni del cavo naso-faringeo.* Nota Clinica ed istopatologica (Archivii Italiani di Laringologia, Anno V. n. I).
» *Note di Clinica Rinoiatrica.* (Arch. Internaz. di Oto-rinoiatria, An. I. n. IV.).

NUOVO INALATORE NASALE

del Prof. V. COZZOLINO

L'inspiratore o inalatore nasale, che qui riportiamo nella sua grandezza naturale, risponde ai bisogni delle inalazioni, nel modo il più semplice ed il più razionale, poichè è il naso quello che è adibito ad inspirare od inalare i farmaci sulle mucose delle prime vie inspiratorie e su quella dei bronchi e polmoni – quelli inspiratori che richieggono la bocca, sono poco o niente fisiologici. Esso si compone di due cilindretti vuoti, che all'estremo che fuoriesce dalla narice presenta una foramina, per ove l'aria entra e trasporta seco il farmaco che si trova nel cavo del cilindro, pieno di spugnette o di carta sugante imbevute del suddetto farmaco. È inutile qui dire quali siano essi farmaci, e quali e quante siano le malattie, basta dire soltanto che l'applicazione topica è sovrana nella terapia delle lesioni croniche ed acute di queste regioni; dall'ozena alla tisi, dalla tosse convulsiva alla difteria.





I vantaggi di questo apparecchio sono molteplici, principalmente ch'esso può usarsi dal bambino lattante al vecchio, e non distoglie il paziente dalle sue ordinarie occupazioni — anche dormendo, viaggiando, mangiando, fumando l'individuo, quasi inconscientemente si fa l'inalazione, perchè mediante la molletta ch'è libera in una vaginetta, l'inspiratore resta fisso al setto nasale.

Già parecchi clinici, come il Tommasi, Cantani, Semmola, Cardarelli, Capozzi ecc., l'hanno adoperato nella loro pratica; i chirurgi per praticare l'eterizzazione, ed i medici degli ospedali infettivi, come preservativo di atmosfere mefitiche, infettive. Arrogi che può farsi l'inalazione graduata, cioè può farsi inalare non una quantità a casaccio, ma misurata. Tralascio gli altri vantaggi, come quello di evitare che l'individuo tenga la bocca aperta e faccia la figura di una maschera da carnevale e perda l'estetica del suo volto.

È indiscutibile che questo inalatore si farà strada e sostituisca tutti quelli adoperati finoggi.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

M. Bresgen — *Der Circulations-Apparat in der Nasenschleimhaut, vom klinischen Standpunkte aus betrachtet.* (*Sull'apparato circolatorio nella mucosa nasale, considerato dal punto di vista clinico*).

Il tema di cui si occupa l'A. è abbastanza nuovo. Hack l'aveva un poco sfiorato in un suo recentissimo lavoro; Zuckerkandl lo esaminò minutamente, ma soltanto dal punto di vista anatomico, rasentando appena il lato clinico della questione; anche Voltolini ha eseguito delle ricerche anatomiche e cliniche, le quali però non sembra che abbiano dato un incremento notevole alle conoscenze che già si possedevano sul riguardo. Secondo Bresgen, Voltolini avrebbe sbagliato di punto in bianco, avendo ammesso (senza controllo) come base delle sue ricerche, l'affermazione di Henle, cioè che il tessuto cavernoso della mucosa nacale è *compressibile*, che nello stato normale esso è gonfio, e che per provocarne la deplezione si richiedono speciali momenti, come per es. una pressione che agisca dall'esterno o l'accresciuta contrazione dei vasi. Questa opinione anche oggi viene ammessa quasi da tutti gli Autori, ma nessuno si è proposto il compito di controllarla; e su queste basi Hack avrebbe fondata tutta la sua teorica sulla genesi delle nevrosi riflesse.

Prima di esporre le indagini relative all'apparato circolatorio della mucosa nasale dal punto di vista clinico, ci sia permesso riassumere per sommi capi i risultati principali delle ricerche fatte da Zuckerkandl sull'anatomia della mucosa nasale.

L'arteria principale della mucosa nasale è la sfeno-palatina, che colla sua branca laterale (arteria nasale post.) irriga tutta la sfera respiratoria della cavità nasale, nonchè una porzione inferiore della rima olfattoria. Oltre a ciò, vi sono molte vie collaterali. Le arterie nello strato basamentale della mucosa formano un plesso ad ampie maglie, dal quale prendono punto di partenza i vasi parenchimali della mucosa.

Da questa fitta rete si diramano le vene in cinque gruppi: plesso nasale esterno, in direzione dell'apertura esterna del naso; due plessi (vene etmoidali) in direzione delle cavità cranica ed orbitaria; un plesso in direzione del velo pendolo ed uno in direzione della fossa pterigo-palatina. Il naso esterno possiede plessi

venosi addossati in forma di tre strati. Un cosiddetto corpo cavernoso esiste sul cornetto inferiore, sul margine del cornetto medio e sulle estremità posteriori dei tre cornetti. *Esso giace nella stessa mucosa, non in uno strato proprio, ma attraversa la mucosa dal lato del periostio fin sullo strato sottoepiteliale.* Contiene uno strato superficiale a maglie strette ed uno profondo munito di ampie lacune. Intorno alle vene, decorre uno strato muscolare ; e nelle larghe trabecole, fra le vene, le quali avviluppano un abbondante tessuto elastico, penetrano glandole in diversa profondità. Le arterie, tanto nel periostio quanto nelle glandole e nello strato superficiale più fitto, si sfioccano in forma di tre reti capillari, e fra queste e le vene efferenti sta incastrato il cosiddetto corpo cavernoso, che è un denso plesso venoso.

Da questo fatto, cioè che fra i capillari ed i grossi tronchi venosi efferenti si rattrova una via sanguigna molto ampia, che va col nome di corpo cavernoso, Zuckenkandl desume che a causa di tale disposizione anatomica, la pressione nella mucosa è accresciuta, mentre invece la celerità della corrente sanguigna è rallentata; nella mucosa nasale ci dovrebbe essere — secondo lui — una tal quale stasi, la quale favorisce moltissimo la secrezione e l'irraggiamento del calore. Bresgen afferma che la clinica pone il suggello a questi dati anatomici accertati da Zuckerkandl, giacchè a misura che aumenta la rinite, la secrezione si accresce fino ad un certo punto. E secondo lui questa osservazione clinica ci autorizza pure a desumere, che quanto più progredisce la rinite, tanto più debbono ingrossarsi i plessi venosi nella mucosa nasale. E tenendo presente anche il fatto, che quando le cavità nasali sono completamente permeabili (vuoi in individui che non ebbero mai rinopatie, vuoi in quelli che con cura adatta furono liberati dalla rinite) non si ha alcun eccesso di secrezione, si perviene necessariamente alla illazione, che nei *nasi completamente sani* i plessi venosi sono suscettibili di poca distensione.

Relativamente al grado di estensione del tessuto cavernoso nella cavità nasale, Zuckerkandl afferma, che la mucosa nasale in quei punti ove essa viene a contatto con una grande quantità di aria (come per es. nella regione respiratoria) ha una spessezza maggiore; e per tal fatto un corpo cavernoso propriamente detto, è sviluppato soltanto sul cornetto inferiore, nonchè sul margine del cornetto medio e di quello superiore ; in vece, nelle parti superiori della mucosa nasale, le quali sono più delicate, ci ha soltanto un fitto plesso venoso, ma non un tessuto cavernoso propriamente detto. Sullo stesso setto nasale non ci ha tessuto ca-

vernoso e quando vi si nota un qualche ingorgo , questo è dovuto ad un abbondantissimo sviluppo glandolare.

Tenendo presenti tutti questi dati anatomici, Bresgen si è accinto all'arduo còmpito di utilizzarli e nel tempo stesso controllarli, sia colla Patologia che colla Clinica, per aumentare le scarse ed abbastanza contraddittorie conoscenze che finora si possedevano su tale argomento. Crediamo opportuno esporre qui in largo sunto le conclusioni principali a cui egli è pervenuto.

Anzitutto egli fa notare, che sin da molti anni aveva richiamato l' attenzione sulla influenza che le condizioni flogistiche e meccaniche dovevano esercitare sulla tumefazione della mucosa della cavità nasale. Quando ci ha una tumefazione flogistica acuta della mucosa nel naso, allora, sia a causa dell'accresciuta secrezione, sia a causa dell' impedimento della respirazione in seguito della tumefazione, si è costretti a soffiarsi spesso il naso; la stasi che viene determinata nel territorio delle vene nasali deve accrescere la replezione dei plessi venosi, come effettivamente e facilmente può essere accertato nella rinite. Quanto maggiore è la frequenza con cui si ripetono tali condizioni, tanto più certamente la iperemia (che la prima volta era acuta) e la stasi, divengono alterazioni persistenti, e si produce una iperplasia di tutta la mucosa. L'accresciuto afflusso di sangue determinato dalla iperemia ed il diminuito deflusso di sangue provocato dalla stasi nel sistema venoso, cagionano l'ectasia di quella porzione dell'apparato circolatorio, che a causa della sua disposizione anatomica può presentare il minor grado di resistenza; si ha cioè l'ectasia dei plessi venosi esistenti in diversi punti della mucosa nasale. E siccome il lume di questi plessi viene dilatato dall'accresciuto afflusso di sangue, ne risulta una stasi del sangue refluo, giacchè la sezione trasversale dei tronchi venosi efferenti non aumenta uniformemente a quella dei plessi venosi ; oltre a ciò la stasi viene allora anche accresciuta dal soffiarsi il naso con forza e frequenza.

L'A. combatte l'opinione di Hack, che i corpi cavernosi raggiungono il loro massimo sviluppo quando la mucosa presenta alterazioni minime , giacchè non gli par vero che la mucosa possa restare immutata quando i corpi cavernosi si distendono fino a quel grado tanto enorme, come è stato descritto da Hack. In fatti, egli fa notare , che secondo le ricerche anatomiche di Fraenkel e di Zuckerkandl, non ci ha nel naso alcun corpo cavernoso il quale esista come un organo a sè, giacchè il corpo cavernoso è inglobato nella mucosa ; anzi secondo le ricerche anatomiche dell'A. il corpo cavernoso in origine è soltanto un plesso venoso, che in ispeciali circostanze si sviluppa ulteriormente divenendo tessuto cavernoso.

Secondo Bresgen, quanto più rapidamenle si sviluppa una rinite, tanto meno probabile è la comparsa di una nevrosi riflessa. La mucosa nasale si « adatterebbe » lentamente alla cronica rinite, perchè la tumefazione non è tale da determinare un'accentuata irritazione nelle parti limitrofe, ammesso il caso che non ci siano anormali condizioni meccaniche. I casi nei quali esistevano previamente nevrosi riflesse, e più tardi ci fu soltanto ostruzione del naso, ponno essere facilmente spiegati; in fatti è probabile che questi casi abbiano avuto un decorso rapidissimo, perfino tumultuario, di guisa che si verificò rapidamente lo stato di irritazione (iperemia persistente senza accentuata iperplasia) ; ovvero è anche probabile che la stimolazione abbia esistita già tanto a lungo e che la iperplasia sia divenuta tanto rilevante, che il primo fatto è passato del tutto in seconda linea rispetto al primo, e forse si è dileguato, restando la semplice iperplasia.

La iperplasia della mucosa si verifica in vicinanza immediata del cornetto inferiore, e proprio sul margine del cornetto medio. Zuckerkandl fu il primo ad osservarla, e Bresgen la conferma. Questo fatto, sulla esattezza del quale non può assolutamente cadere alcun dubbio, si presterebbe ottimamente (se si vuole ammettere la influenza della corrente d'aria sull'iperplasia) a farci determinare la via che percorre la corrente d'aria nel naso : essa in un naso normale striscerebbe sul pavimento e lungo il cornetto inferiore, e più tardi, quando questa via è più o meno ostruita dall'iperplasia, la corrente d'aria batterebbe la direzione in sopra, ascenderebbe lungo il dorso del naso, sotto la volta della cavità nasale, per poi posteriormente discendere, descrivendo un arco. Secondo Paulsen, queste sarebbero le vie battute dall'aria che penetra nel naso. L'A. afferma, che non possedendo osservazioni personali su tale riguardo, non può nè confermare, nè negare le osservazioni di Paulsen, e deplora soltanto che questi nel suo lavoro non abbia dichiarato se la mucosa nasale dei cadaveri sui quali ha fatto gli esperimenti era in uno stato *completamente normale*. Afferma però Bresgen che queste indagini di Paulsen possono darci una chiave, per farci comprendere perchè il cornetto medio viene affetto dalla iperplasia più di rado ed in minor grado di quello inferiore.

L'A. combatte l'affermazione di Zuckerkandl la quale insegna che gl'ingorghi della mucosa i quali si presentano sul setto nasale sono dovuti ad abbondantissimo sviluppo di glandole e non già di plessi venosi. Ciò, secondo Bresgen, è in aperta contraddizione con le osservazioni cliniche. Egli ha notato molte volte che premendo leggermente con la sonda, si può deprimere e far

scomparire transitoriamente l'ingorgo, il quale però ricompare non appena cessa la pressione. Secondo lui, per far scomparire questi ingorghi, dovuti ad esagerato sviluppo di plessi venosi, bisogna distruggerli col galvanocauterio.

Bresgen afferma che egli da lungo tempo ha dimostrato che in un naso normale la mucosa deve essere saldamente accollata alla sua impalcatura. Per contro, Zuckerkandl e la maggior parte dei rinologi portano ancora opinione che è necessario un certo ingorgo della mucosa nasale, per la funzione normale del naso ; e Zuckerkandl da ciò trae pure *la illazione teleologica* che la direzione frontale dei singoli tubolini dei corpi cavernosi è un meccanismo provvidenziale , il quale rende possibile una rapida retrazione della porzione respiratoria , quando la replezione dei corpi cavernosi raggiunge un grado accentuatissimo. L'A. afferma che tutte le quistioni relative a tale argomento sono assolutamente oziose , giacchè la importanza fisiologica del tessuto cavernoso ci è completamente ignota, e quindi tutte le illazioni teleologiche che vengono tratte da alcuni Autori sono soltanto atte a travisare, ma non a risolvere la quistione.

Le alterazioni che subiscono la secrezione e la mucosa del naso dietro stimolazione o lesione del trigemino, ha fatto balenare alla mente di qualcuno il sospetto, che il cosiddetto ozena semplice (*rinite cronica fetida*) possa essere determinato da iperstimolazione delle terminazioni nasali (secondo Aschenbrandt il nervo sfeno-palatino è quello che provoca la secrezione del muco) del trigemino nel naso. Si è ammesso che l'accresciuta secrezione e l'alterazione della mucosa stanno in un reciproco rapporto ; il fetore sarebbe poi prodotto da elementi che provocano la putrefazione, i quali alla loro volta stanno fra di loro in un reciproco rapporto colla secrezione e lo stato della mucosa. Tenendo presente le ricerche di Aschenbrandt, sarebbe anche possibile tentare di risolvere la domanda: perchè la rinite cronica fetida si rinviene tanto spesso negl'individui scrofolosi? Non sarebbe forse possibile che in queste la rinite cronica divenga fetida più rapidamente che negl'individui robusti, perchè in loro la mucosa si atrofizza più rapidamente che in questi ultimi ?

Alcuni risultati delle osservazioni anatomiche di Zuckerkandl meritano essere segnalati per la loro importanza pratica. Le vene etmoidali della mucosa nasale stanno — nella cavità cranica — in rapporto con il plesso venoso della dura madre e col seno falciforme superiore ; ma un rapporto più importante è costituito da una vena (la quale accompagna una grossa branca accessoria dell'arteria etmoidale anteriore, e penetra, attraverso la lamina cribrata, nella fossa cranica anteriore) che sbocca nel plesso ve-

noso del tratto olfattorio o direttamente in una grossa vena sul lobo orbitale. La vena decorrente nel forame cieco avrebbe una importanza di gran lunga minore per il naso, giacchè esiste soltanto nei neonati e manca negli adulti. Quindi allorchè emorragie della mucosa nasale provocano un notevole alleviamento del naso, ciò deve essere attribuito soltanto ad una deplezione delle vene che attraversano la *lamina cribrata*. Oltre a ciò, il sopra cennato rapporto è importante anche da un altro punto di vista, giacchè ci fa comprendere qualmente i processi flogistici della mucosa nasale possono esercitare una influenza diretta sul contenuto del cranio.

Secondo SCHIRMER, a PLATMER (1724) spetta il merito di avere per il primo richiamato l'attenzione su quelli abnormi stati del naso, che si presentano nelle affezioni dei dotti lagrimali. L'A. dichiara che egli non dubita qualmente tutti oggi convengono pienamente con SCHIRMER, che *ogni oftalmologo deve assolutamente ritenere che la flogosi della mucosa nasale, è per lo meno uno dei momenti che favoriscono la genesi della dacriocistite*. Ma è dubbio se queste belle nozioni abbiano fatto progredire le nostre conoscenze relative al modo di domare quest'affezione. Un solo fatto può essere oggi ritenuto come inconcusso, cioè che *ogni individuo affetto da lagrimazione, anche quando ricorre all'oftalmologo per la cura, deve essere esaminato ed in caso di bisogno curato da un rinologo per l'affezione del naso*. In fatti, soltanto un rinologo esperto può iniziare una cura realmente efficace della malattia nel naso. L'A. afferma, che nel 1881 egli è stato il primo a dimostrare l'insipienza di credere la doccia nasale la panacea di tutte le riniti; oggi questa opinione si è fatta strada abbastanza, ma nessuno si dà la pena di citare i suoi lavori su quest'argomento.

HENLE e ZUCKERKANDL hanno negato la funzionalità della valvola di HASMER, la quale sta sull'orificio nasale del dotto lagrimale. Ma, secondo BRESGEN, questa funzionalità non può essere messa affatto in dubbio, tuttochè le differenze individuali su tale riguardo siano grandissime. HYRTL è consentaneo all'opinione di BRESGEN, e soggiunge che la mucosa del dotto naso-lagrimale talvolta si continua per un ampio tratto nella mucosa della parete esterna del dotto nasale inferiore, ed in siffatto modo forma un prolungamento membranoso del *ductus lacrymarum nasalis*, il che si adatta favorevolmente *a fare agire come valvola il tratto membranoso terminale del dotto lagrimale*, in quanto che la corrente espirata spinge questo tratto contro la parete esterna della cavità nasale. Del resto, siccome l'orificio del dotto naso-lagrimale sta in quella sinuosità che giace posteriormente alla

inserzione anteriore del cornetto inferiore, l'A. ritiene che è probabile qualmente la corrente espirata che viene da dietro, vada ad urtare di lato l' apertura che per lo più è piccolissima, e con ciò determini una compressione di essa.

In ultimo l'A. riassume brevemente la funzione che dobbiamo attribuire *normalmente* all'apparato circolatorio della cavità nasale. Fa rilevare, che dobbiamo anzitutto tener presente, che il *naso è la porta dei polmoni*, e che la via che mena a questi ultimi è molto ampia. L' architettura della cavità nasale impartisce alla sua mucosa una estensione considerevole, tenendo conto dello spazio che è ristretto. L'aria che attraversa il naso sottrae naturalmente alla mucosa nasale una grande quantità di acqua, il che non sarebbe possibile se non ci fosse una vasta superficie di evaporazione , e se in questa non potesse circolare la debita quantità di liquido. In fatti, in caso opposto la mucosa nasale si essiccherebbe rapidissimamente — al pari delle mucose orale, faringea e laringea — nel respirare per la bocca, e potrebbe anche screpolarsi. Per impedire tal cosa, non fa d'uopo di colossali tessuti cavernosi , come vengono descritti da ZUCKERKANDL ed altri, nelle condizioni normali , ma bastano piuttosto plessi venosi, i quali abbiano una distensione tale , che tutta la mucosa sia ovunque e sempre fortemente accollata al sostrato sottostante , e non abbia d'uopo mai di presentare quella nota tumefazione soffice, che aumenta e diminuisce in speciali circostanze. Tutti gl'infermi, che l'A. potette liberare persistentemente da questo stato patologico della mucosa nasale, non si lamentarono mai di secchezza nel naso respirando continuamente per il naso ; in vece, quelli che non possono essere guariti definitivamente da tale disturbo, cessano di lamentarsi solo quando si dilegua la tumefazione della mucosa ; ma non appena questa ricompare, si verificano *aumento* della secrezione, indi diminuzione della permeabilità del naso per l'aria, e poscia respirazione per la bocca, con tutte le sue spiacevoli conseguenze. Questa osservazione da lui fatta centinaja di volte , e con accuratezza , sugl' infermi , essendo un vero *experimentum ad hominem* , non può essere tacciata di speculativa , fantastica od arbitraria. — Circa il valore che bisogna attribuire al fatto, che l'aria inspirata nel passare attraverso il naso subisce un lievissimo aumento di temperatura, egli non si pronunzia affatto , ed afferma che essendo le nostre conoscenze , su tale riguardo , in uno stato assolutamente negativo, non possiamo fare altro che *recitare ad litteram* le relative ipotesi emesse dagli antichi scrittori.

Dà termine l'A. alla sua monografia facendo voti caldissimi, affinchè la Rinologia raggiunga ben presto la gloriosa meta a cui

agogna. E noi, mentre ai suoi fervidi voti associamo i nostri, non sappiamo trattenerci dal dichiarare che nel riferire quasi testualmente questo importante lavoro, noi volemmo mantenerci neutrali. La critica di certe cose ed a certi uomini, non può farsi leggermente: lasciamo dunque al lettore le interpretazioni, ma se dovessimo ripetere quello che sentimmo dire dal Prof. MASSEI, noi volentieri ripeteremmo con lui, che il solo peccato commesso da BRESGEN è quello di aver fatto servire queste considerazioni ad una tesi che egli si era proposto di dimostrare vera a tutto costo.

V. MEYER.

KRAUSE. — *Ueber die Adductoren-Contractur* (*vulgo Posticus-Lähmung*) *der Stimmbänder.*
(*Sulla contrattura degli addutlori delle corde vocali* (*vulgo paralisi del crico-aritenoideo posteriore*).

I nostri fedeli lettori ricorderanno forse che intorno alla paralisi del crico-aritenoideo posteriore, abbiamo più volte fermata la nostra attenzione, sia riferendo tutto ciò che il Dr. F. SEMON ha scritto, sia riproducendo qualche lezione clinica che avesse grande rapporto con la nota quistione.

La pubblicazione di quest'articolo di KRAUSE (che come si vedrà leggendo, è una contro-risposta ad O. ROSENBACH) ci ha fatto decidere a riprodurlo testualmente, onde tenere a giorno dei fatti i nostri abbonati.

La riproduzione *storica* dell'articolo, non deve far pensare che noi dividessimo le opinioni di KRAUSE. Tutt'altro! Ma non avendo tempo, nè spazio per discutere ampiamente, abbiamo preferito far sapere tutto quello che ne pensa KRAUSE. Per buona fortuna questa memoria (che ne suppone altre di KRAUSE stesso e di ROSENBACH) è scritta con molta chiarezza, e le principali quistioni sono ricordate in compendio. Sicchè il lettore comprenderà perchè noi abbiamo preferito la riproduzione ad una rivista, e se ha dei dubbi, riscontrerà le altre memorie citate nello stesso lavoro.

Infine, noi siamo certi che il Dr. SEMON sosterrà le sue ragioni con quella serietà e quel valore che gli son proprii, e sin da ora egli può esser certo che troverà fedeli vassalli aggregati alla sua scuola, pronti a cedere dinnanzi alla eloquenza dei fatti e non a ragionamenti scientifici che poggiano talora sopra equivoche premesse.

Ed ora lasciamo senz'altro la parola a KRAUSE.

Dopo la pubblicazione dei miei « *experimentellen Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskel-* -

sono apparse — insieme ad alcune piccole comunicazioni — due monografie che trattano lo stesso argomento; di queste, sottoporrò una ad un accurato esame critico, nell'intento di chiarire la quistione, e dell'altra riferirò i principali argomenti e le conclusioni. La prima di queste monografie, cioè quella di O. ROSENBACH (1), combatte assolutamente e nega tutti i fatti sperimentali da me accertati; la seconda, cioè quella di C. GERHARDT (2), ammette come sicuri i fatti da me riferiti, e li annovera fra i fattori etiologici e patogenetici dei disturbi funzionali della laringe.

Esporrò quì di nuovo brevemente le conclusioni che emergono dai miei esperimenti, praticati su circa 40 animali. Una discreta pressione sul ricorrente, isolato accuratamente e lassamente legato, provoca anzitutto fenomeni spastici, contrazioni cloniche, ed aumenta il potere di adduzione delle corde vocali. Se la pressione perdura, si manifestano flogosi ed alterazioni regressive dei nervi, con che aumenta la eccitabilità di questi ultimi. Il persistente eccitamento del nervo, sostenuto dallo stimolo meccanico, provoca gradataménte una contrazione tonica duratura di tutti i muscoli animati dal nervo, la quale è approssimativamente eguale a quella che si ha nella stimolazione elettrica. In quest'azione dei cennati muscoli delle corde vocali si verifica quella posizione delle corde vocali che corrisponde all'azione del gruppo muscolare il quale la vince di più per energia: si verifica cioè la posizione mediana o di adduzione. Questa persistente contrazione tonica (contrattura neuropatica primaria) degli adduttori può essere soppressa sospendendo la pressione, e può ricomparire facendo di nuovo agire quest'ultima.

La lunga durata di questo stato di contrattura viene spiegata per le lesioni nervose periferiche in modo analogo come per gli altri nervi periferici, cioè mediante contratture spastiche provocate da corpi estranei, lesioni di tendini, ed altri traumi (ERB, EULENBURG, SEELIGMÜLLER); e per le lesioni centrali analogamente come per le contratture degli emiplegici, viene spiegata collo stimolo flogistico e la degenerazione grigia delle fibre nervose e delle vie di trasmissione (CHARCOT, EULENBURG, HITZIG, SEELIGMÜLLER). Intanto, è a notare, che una posizione delle corde vocali la quale per il suo effetto resta eguale alla posizione di adduzione, può anche essere resa costante dal fatto, che in seguito alla immobilità meccanica prodotta dalla contrattura pri-

---

(1) *Ueber das Verhalten der Schliesser und Oeffner der Glottis bei Affectionen ihrer Nervenbahnen. 2 Januar. 1885.*

(2) *Posticuslähmung oder Adductorencontractur. Sitzungsberichte der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. No. 2. Juni. 1885.*

maria degli adduttori, i muscoli antagonisti (muscoli postici) soggiacciono lentamente ad alterazioni secondarie (degenerazione, atrofia). Quest'ultimo fatto spiegherebbe la frequenza del reperto anatomico della atrofia degenerativa nei muscoli postici. Oltre a ciò avviene, che dopo una inazione funzionale di questi, la tensione degli adduttori (e rispettivamente delle corde vocali), la quale al principio era molto intensa, in seguito alla deficiente contro-estensione, lentamente diviene molto minore, e allora si può osservare che le corde vocali vengono attirate in giù e restano penzoloni.

Questa genesi della contrattura primaria degli adduttori, quì brevemenie descritta, la quale è stata da me dimostrata fondandomi sopra ricerche sperimentali, è stata negata di punto in bianco da Rosenbach, il quale si è spinto a tale passo, senza darsi menomamente la pena di vagliare gli esperimenti miei e le conclusioni che ne ho ricavate. Egli basandosi sempre sopra una unica e semplice osservazione fatta su di un infermo, cerca di confutarmi con ragioni puramente teoriche, e quindi non è a meravigliare se nel giudicare i miei tentativi commetta errori, che avrebbe potuto facilmente evitare con un poco di precauzione ed esaminando alquanto più accuratamente gli esperimenti abbastanza difficili e penosi.

Rosenbach vuole puntellare di nuovo la teoria da lui accampata, secondo la quale nelle affezioni del laringeo inferiore i dilatatori vengono primariamente paralizzati e la persistente posizione di adduzione delle corde vocali è provocata da una ritmica innervazione pervertita del gruppo muscolare non paralizzato. Secondo lui, la strettezza assoluta della glottide nella paralisi del muscolo postico dipende dalla perdita delle forze dilatatrici (che hanno il predominio nello stato normale); più tardi vi si associerebbe la contrattura degli antagonisti. Come è facile riconoscere, in tutto ciò si allude probabilmente al quadro che si ha nella genesi di una contrattura *secondaria*, che si manifesta dopo la paralisi del postico, e su tale riguardo non ho nulla da disputare con Rosenbach. In fatti, io concedo volentieri, che a favore di questo concetto depone lo sviluppo di contratture secondarie in altri territorii muscolari. Ma relativamente alla parte essenziale della quistione, cioè in qual modo spiegare la comparsa (notevolmente costante secondo lui ed altri autori) della paralisi primaria dei dilatatori nelle lesioni di tutto il tronco del ricorrente, non troviamo molto a rilevare in questa recentissima monografia di Rosenbach. Siccome questi, al pari dei suoi predecessori non pone menomamente in dubbio la esattezza di detta patogenesi, ne risulta che egli si contenta di paragonare di nuovo arbitrariamente i dilatatori della glottide con gli estensori delle e-

stremità, e di accampare di nuovo la erronea teoria, che nelle affezioni dei tronchi nervosi o degli organi centrali gli estensori vengono paralizzati prima o in grado maggiore dei flessori e rispettivamente degli adduttori. Posso assicurare ROSENBACH, che questi principii che egli ha voluto ricordare, sono stata l'unica parte del suo lavoro che io ho preso in seria disamina. In vero, egli dal fatto che io non ritengo come assolutamente decisivo per la quistione il caso di cancro esofageo da lui riferito, ne trae la illazione, che le mie idee sono erronee; ma su di ciò fo notare, che io anche nel menzionare i casi di SEMON, ho affermato che non tengo conto dei carcinomi dell'esofago, perchè essi non ponno apportare luce sulla quistione qui controversa, e ciò perchè io tanto contro i casi di SEMON, quanto contro quello riferito da ROSENBACH, ho i miei buoni sospetti, fondati sopra osservazioni personali. In fatti, in cinque casi di cancro esofageo, da me inviati al chirurgo per l'operazione, la infiltrazione carcinomatosa si estendeva in alto, molto al di là di quel punto in cui i rametti nervosi vanno al muscolo postico. Tenendo presente questo fatto, a me sembra che il reperto necroscopico del caso di ROSENBACH non sia completamente esente da obbiezioni, perchè in esso non è specificata la estensione della infiltrazione cancerigna nella mucosa, in sopra. In fatti, al di sopra della massa neoplastica, che esordiva 6 ctm. al di sotto dell'*aditus laryngis*, ci doveva anche essere una infiltrazione cancerigna, che è stata il punto di partenza del tumore, e può avere agito esercitando una compressione sul muscolo postico ed i suoi rametti nervosi, che in parte si recano ad esso al di sotto dell'articolazione crico-tiroidea (LUSCHKA). E noi siamo tanto più autorizzati a sospettare tal cosa, in quanto che nella storia dell'infermo, è indicato che « l'esame con la sonda faringea fece rilevare un ostacolo che esordiva a livello della cartilagine cricoide, e l'esplorazione con l'indice (la quale veniva benissimo tollerata dall'infermo), fece accertare un tumore lobato ... che nel cennato punto sporgeva nel lume dell'esofago ».

E qui mi sia permesso di difendermi subito dal secondo rimprovero che mi è stato fatto da ROSENBACH, cioè che io ho rivendicato a SEMON, e non già a lui, la priorità di avere stabilito il principio, che i dilatatori vengono paralizzati prima o esclusivamente. A dire il vero, questa quistione di priorità non mi tange affatto, giacchè essa ha soltanto un interesse storico. Per me si tratta soltanto di decidere, quale dei due Autori si è accostato di più al vero. Ora, non può esservi alcun dubbio, che. SEMON ha fatto un passo di gran lungo superiore a quello di ROSENBACH. Oltre a ciò, egli ha accertato, che importa molto tener presente di quale specie è la pressione, che viene riguardata come causa

della genesi della contrattura degli adduttori. In fatti, egli contrappone la pressione incompleta, che esordisce e progredisce lentamente, a quella completa, dovuta ad una sezione trasversale del nervo. E tuttochè egli sia rimasto fedele al concetto della paralisi primaria dei dilatatori, ciò nonpertanto questa distinzione da lui fatta relativamente alle varie specie di pressione, è la parte essenziale del suo lavoro, e costituisce un ponte di passaggio a ciò che è stato accertato coi risultati delle mie ricerche ; in ciò appunto sta il progresso nelle indagini istituite su questo difficile argomento. In fatti , soltanto la pressione che rappresenta un effetto dell'attrito determina gradatamente nel nervo quello stato di flogosi ed eccitamento, in cui esso alla stimolazione meccanica reagisce con l'effetto approssimativamente raggiunto della stimolazione elettrica, mentre qualsiasi pressione più forte sopprime il potere di trasmissione del nervo.

Mi accingo ora a ribattere le obbiezioni , che ROSENBACH ha rivolto contro i miei esperimenti e le conclusioni che ne ho tratte. È questo un compito nè facile, nè gradito, a causa della critica passionata e superficiale di cui sono stato bersaglio.

ROSENBACH cita anzitutto il mio esperimento di stimolazione sull' estremità periferica del laringeo inferiore. Ivi è detto che con una tale stimolazione si verifica l'adduzione della corda vocale dello stesso lato, e proprio in modo che essa si accolla esattamente su quella dell'altro lato , qualunque sia la posizione di quest'ultima. Quindi, allorchè per es. la corda vocale opposta è nella posizione inspiratoria, la corda vocale stimolata si accolla su di essa al di là della linea mediana , di guisa che al principio della stimolazione la glottide si schiude sempre fortemente ; ma nel consecutivo movimento inspiratorio, malgrado la persistenza della stimolazione, la glottide si apre. La cartilagine aritenoide del lato opposto a quello ove fu praticata la stimolazione non si comporta in modo tanto passivo , quanto la rispettiva corda vocale. In fatti, si può osservare chiaramente che questa cartilagine aritenoide e quella del lato stimolato eseguono contemporaneamente un movimento associato portandosi verso la linea mediana ; però la sua corda vocale non partecipa a questo movimento. Chiunque ha qualche nozione dei fatti accertati relativamente alla stimolazione del ricorrente, comprende quello a cui io qui voglio alludere. *Ma, la corda vocale stimolata, fino a che l'elettrode non viene allontanato dal nervo, resta nella posizione di adduzione, determinata dalla stimolazione del ricorrente.* Tuttavia, ROSENBACH a causa del suo odio contro gli adduttori, e — a quanto sembra — anche contro la possibilità di una innervazione degli adduttori nella stimolazione del ricorrente, interpreta in modo

molto meschino tutta la descrizione da me data, e da questa falsa interpretazione trae conclusioni ampollose, le quali dovrebbero, a parer suo, fornirgli un' arma favorevole alle sue deduzioni. Da ciò è facile riconoscere fino a qual grado di confusione può essere portata questa quistione, la quale già da per sè stessa è difficilissima, se ciascuno soltanto per amore della sua teoria vuole procedere in avanti tenendo a base l'esclusivismo, e non dandosi neppure la pena di compulsare la Letteratura, per informarsi dei risultati di questi esperimenti di stimolazione, che sono relativamente semplicissimi.

Benchè il cómpito al quale mi sono accinto sia abbastanza ingrato, ciò nonpertanto ritengo essere mio dovere combattere tutte le obbiezioni che mi sono state rivolte da Rosenbach.

Riguardo agli animali della terza serie di esperimenti, nei quali l' esame laringoscopico mostrò che questi erano riusciti, io dissi che le corde vocali stavano persistentemente in posizione mediana. Ciò dinota, come ognuno sa, che esse non stavano assolutamente in quella posizione in cui amendue le corde vocali sono juxtaposte per la fonazione o per la completa chiusura della glottide, ma in una, che può essere figurata al di là della posizione cadaverica, e proprio vicino alla posizione di fonazione o posizione di estrema adduzione delle corde vocali. Oltre a ciò, menzionai pure la differenza, che si presenta nella posizione di adduzione più o meno accentuata, secondo che gli animali furono esaminati nella narcosi eterea o senza di questa.... In fine dissi pure, che l'avere osservato sull'animale l'accentuato ravvicinamento delle corde vocali durante l' inspirazione, mi produsse sempre l' impressione di una funzione assolutamente attiva. A me sembra che alla genesi di questo fenomeno, esagerato in grado abnorme, concorrano pure.......... probabilmente gli abnormi movimenti associati, che secondo la teoria di Hitzig si presentano nelle contratture dei muscoli. Rosenbach cita queste frasi alla spicciolata per insinuare, che io ho tenuto sempre parola di una contrazione massima degli adduttori, e per dimostrare che gli adduttori si contrassero pienamente soltanto ad ogni posizione mediana inspiratoria (la quale si verificava ritmicamente), e quindi secondo lui, non si potrebbe affatto tener parola di una contrazione persistente dei costrittori. Ma egli erra. In fatti, in questo quadro clinico non manca mai il divaricamento delle corde vocali fino a 2-3 mmt., e ciò corrisponde completamente al concetto che noi abbiamo della contrattura. Ora, vi sono dei casi in cui durante il riposo questa fenditura è sufficiente per la respirazione, il che è stato da me già riferito a proposito di alcuni animali sui quali ho eseguito gli esperimenti; e proprio

nel momento che scrivo, osservo questo fatto in un tabetico della clinica di WESTPHAL, il quale è affetto da contrattura bilaterale degli adduttori. Ma se questa fenditura non basta per la respirazione, o se l'infermo è in uno stato di eccitamento, osserviamo la menzionata adduzione delle corde vocali nella inspirazione. Ora, io ho affermato, che probabilmente la *esagerazione di quest'ultimo fenomeno* è dovuta a movimenti associati.

Per quanto concerne l'applicazione della teoria di HITZIG ai processi in discorso, io prego ROSENBACH di leggere con attenzione e di riflettere su ciò che legge. In fatti, HITZIG colla sua teoria dei movimenti associati non ha voluto affatto spiegare la genesi di contratture secondarie, ma soltanto di quelle che sono dovute ad uno « stato di speciale stimolazione in alcune sezioni degli organi centrali, deputate ai movimenti associati Questi centri nell'uomo allo stato normale, stanno alla base del cervello ». Quindi, se, come accade negli emiplegici (e HITZIG prende appunto in considerazione le contratture degli emiplegici) la lesione ha sede nel cervello, allora mercè lo stato di stimolazione dei centri di associazione che stanno alla base del cervello, si produce « una innervazione abnorme, ed in talune circostanze persino una innervazione straordinariamente intensa in quei muscoli più o meno *paralizzati*, che sono deputati all' impulso volitivo normale ».

Volendo utilizzare questi principii per il nostro argomento, possiamo desumerne che nella produzione delle contratture influiscono abnormi movimenti associati, e non già — come pretende ROSENBACH — una « trasmissione dell'impulso innervatóre in una sola direzione, e proprio in quella del gruppo muscolare *non paralizzato* ». Nè posso dire che ROSENBACH sia stato più felice in un'altra obbiezione che mi ha rivolta, cioè che i dilatatori debbono essere paralizzati, perchè nella narcosi la glottide degli animali sui quali fu sperimentato era beante soltanto 3 mm., mentre nella contrazione tonica dei costrittori, soppressa colla narcosi, ci deve essere la posizione normale della glottide (dilazione al di là della posizione cadaverica). Questa obiezione è oziosa. In fatti, dalla mia descrizione risulta, che la contrazione tonica dei costrittori non è soppressa, perche a 3 mm. di distanza le corde vocali stanno ancora molto all' indentro della posizione cadaverica. Oltre a ciò io, nonchè alcune persone competenti alle quali sono ricorso per consigli su tale quistione, affidiamo a ROSENBACH il còmpito di dimostrare, che una contrattura provocata da stimolazione periferica potesse essere tanto completamente soppressa dalla narcosi, che persino gli antagonisti incomincerebbero di botto a funzionare.

Nel prendere in esame il mio argomento principale (come egli lo chiama), cioè la osservazione, che sospendendo la pressione col far cadere il sughero applicato sul nervo, la contrattura degli adduttori malgrado l' accentuata flogosi del nervo in molti casi scomparve, e ritornò ripristinando la pressione, ROSENBACH afferma, che egli ritiene ben poco probabile, che quando ci ha una nevrite basti un aumento tanto minimo della stimolazione (come è la riapplicazione del sughero) per esercitare effetti tanto violenti. Io attribuisco un alto valore a questa osservazione, e ciò per le ragioni espresse nel mio già citato lavoro. Una delle pruove la rinvengo in ciò, che l'effetto stimolante della pressione che determina la contrattura, si ha soltanto sul nervo infiammato, ma non già su quello fresco che non ha subito alcun disturbo nutritivo essenziale ; ed a suggello irrefragabile di questo fatto soggiungo, che il nervo infiammato reagisce ad uno stimolo con una intensità pressochè eguale alla metà di quella con cui reagisce il nervo fresco, stimolato subito dopo essere stato preparato. Riguardo a quest'ultimo fatto, ROSENBACH nota che gli riesce difficile comprendere in qual modo io abbia eseguito questo esperimento, e possa con esso appoggiare la teoria che ho formulata. Francamente, questa confessione di ROSENBACH mi riesce alquanto strana, giacchè io avrei sempre creduto che gli è noto il modo come si procede alla stimolazione del nervo. Io ho stimolato con l'elettricità tanto il nervo fresco, quanto quello infiammato (la cui stimolazione meccanica aveva determinato la contrattura degli adduttori), dopo avere previamente reciso tanto l'uno, quanto l'altro. Lo stimolo minimo col quale la corda vocale passava dalla posizione cadaverica a quella mediana, era — per il nervo fresco — ad una distanza di 180 mm. dall'elettrode , e per quello infiammato ad una distanza di 360 mm. Spero che ROSENBACH resterà appagato di questa giustificazione.

Ma proprio in questo punto risalta in modo evidentissimo la differenza radicale fra le nostre opinioni : egli crede fermamente nella paralisi primaria del muscolo postico, e crede che essa sia dimostrata dai ripetuti reperti necroscopici. Ed attenendosi fermamente a questa opinione, cerca stiracchiare i fatti in modo, che egli stesso riguarda come secondaria la contrattura che si manifesta subito dopo che si è ripristinata la pressione. A comprruova di ciò adduce argomenti molto vaghi, come sarebbe per es. quello che « in certe neuropatie » (che però egli non indica quali siano) « le quali determinano la paralisi degli elementi nervosi, basta un aumento minimo della pressione per paralizzare repentinamente le fibre paretiche o che funzionano normalmente ». — Tuttavia, egli stesso afferma che queste ipotesi sono un «espe-

diente per cavarsi d'impiccio ». Io dubito, se egli col sostituire la parola « fibre » per tutto il tronco nervoso colpito, potrà infondere in qualcuno il convincimento che ogni pressione su tutto il ricorrente possa paralizzare esclusivamente e persino con rapidità fulminea, le fibre del postico, e che a questa paralísi « repentina e fulminea » possa seguire bentosto la contrattura secondaria. Oppure crede ROSENBACH che anche quì sia sufficiente la teoria della pervertita innervazione? E se quest'ultima ipotesi fosse vera, come spiegherebbe egli allora la rapida comparsa della contrattura degli adduttori, senza che le corde vocali fossero previamente passate nella posizione cadaverica?

Prescindendo dai cennati reperti necroscopici , è a notare , che tutti gli altri argomenti addotti da ROSENBACH per spiegare la paralisi primaria del postico , sono ipotetici e campati in aria. La sua stessa ipotesi relativa all'analogia dei muscoli postici con gli estensori, ed al fatto che questi vengono colpiti prima degli altri, non ha alcuna base solida, e quindi è completamente arbitraria. Laonde, egli nella esposizione critica del mio lavoro, dopo avere quasi svolta in parentesi la sua ora cennata ipotesi, non prende punto in esame la interpretazione di questa strana paralisi primaria dei dilatatori, e ciò probabilmente perchè non ha fiducia nè nella ipotesi sua, nè in quella degli altri. Ma se esaminiamo il valore dimostrativo dei reperti necroscopici che sono stati comunicati, e teniamo presente il fatto che i muscoli postici si atrofizzano tutte le volte in cui sono meccanicamente immobilizzati (anchilosi dell'articolazione crico-aritenoidea, o cicatrici sulla parete laringea posteriore , SIDLO), notiamo che essi non provano nulla. Quindi, coloro che sostengono la paralisi primaria dei dilatatori non hanno affatto l'obligo di dimostrare la contrattura secondaria per pervertità innervazione ; essi debbono dimostrare, e con argomenti inoppugnabili, l'apparizione precoce od esclusiva della paralisi dei muscoli postici, in base a leggi neuropatologiche.

E fino a che ciò non sarà attuato, io posso ben rifiutarmi di prendere intimamente in esame le affermazioni accampate da ROSENBACH, cioè la « paralisi repentina e fulminea » e la non meno repentina e fulminea « prevalenza degli antagonisti » che si manifesta.

Più importante mi sembra rispondere alle obbiezioni che mi sono state rivolte da ROSENBACH circa gli esperimenti da me fatti sul vago. Esse si riducono a quanto segue : che mentre io ho sperimentato sul nervo non reciso, ho poscia eseguito la stimolazione elettrica del moncone centrale di questo nervo ; secondo lui questi due metodi non presentano alcuna analogia fra di loro.

Oltre a ciò obbietta pure, che nei miei esperimenti sarebbe stata raggiunta soltanto la posizione inspiratoria di una corda, mentre è risaputo che la stimolazione del moncone centrale del vago determina la posizione inspiratoria delle due corde vocali. Rispettivamente a questi punti, non è difficile intenderci insieme. Anzitutto , è a notare che oggi nessuno più contraddice il fatto (anzi Rosenthal lo ritiene come assicurato) che la stimolazione isolata del moncone centrale del vago produca la contrazione del diaframma, e — come fenomeno accessorio — la posizione inspiratoria della corda vocale opposta. Rosenthal ci ha insegnato , che per determinare questa posizione della corda vocale, la stimolazione elettrica deve essere molto energica. Questo forte stimolo è necessario per trasmettere l'azione di esso dall' uno all' altro lato del midollo allungato , e provocare quivi il movimento riflesso dei muscoli inspiratori, cioè dei muscoli postici. Rosenthal non ha mai praticato la stimolazione sul nervo non reciso, perchè « in questo caso l'eccitamento non resta mai isolato su quel dato nervo ». Ora io fo notare, che rispetto alla energica stimolazione elettrica, che è necessaria per provocare il movimento inspiratorio delle due corde vocali, la stimolazione meccanica prodotta nei miei esperimenti è tanto debole, che si può anticipatamente escludere la possibilità che essa potesse essere sufficiente per provocare un eccitamento della midolla allungata, sufficiente a determinare movimenti inspiratori riflessi da amendue i lati. Come è dimostrato dalle mie ricerche, questo stimolo basta soltanto per produrre la contrazione riflessa del muscolo postico dello stesso lato. Questa stimolazione circoscritta ad un vago esercita sulla respirazione e sull'attività cardiaca una influenza pari alla recisione unilaterale del vago. Oltre a ciò, contro la stimolazione del vago non reciso è stato obbiettato pure , che le fibre contenute nel tronco del nervo insieme alle vie di trasmissione centripeta, nonchè le fibre inibitrici del cuore, hanno dovuto essere colpite dallo stimolo in modo eguale. Su tale riguardo, Rosenbach non tiene conto, che nella stimolazione del vago al collo, la trasmissione è sempre centripeta , e tralascia di prendere in considerazione il noto fatto fisiologico dimostrato in riguardo ai nervi le cui singole fibre hanno funzioni completamente diverse , cioè che eccitando una specie di fibre, l' altra può restare completamento in riposo, il che applicato al caso in discorso suona come segue: nella stimolazione unilaterale (meccanica) del vago al collo , vengono eccitate soltanto le vie di trasmissione centripeta, mentre il ricorrente e le fibre inibitrici del cuore restano in riposo.

In ultimo, Rosenbach si sforza di dimostrare che la persistente

posizione di adduzione delle corde vocali non costituisce una pruova assoluta che il riavvicinamento dei ligamenti debba essere sempre attribuito ad una funzione attiva dei costrittori. « Se prendiamo in considerazione, dice egli, che l'ampiezza della glottide dipende soprattutto dalla innervazione dei dilatatori, e che il grado di attività degli abduttori è diverso, riesce facile spiegare, perchè dopo soppressa o diminuita l'innervazione dei postici la glottide possa presentare i più svariati gradi di restringimento fino alla completa occlusione (sic!) ». Quest'ultima ipotesi sembra a Rosenbach facilmente spiegabile: 1) perchè nei giovani animali *dopo recisione bilaterale del ricorrente, la glottide che era già stretta si restringe in grado maggiore*; 2) perchè avendo egli tanto erroneamente interpretato i risultati della stimolazione elettrica del ricorrente, ne trae la seguente conclusione: « la disputa interna alla quistione, se il gruppo muscolare più energico sia costituito dai dilatatori e dai costrittori, ci sembra molto oziosa, giacchè non si può addurre una pruova decisiva ed esatta nell'uno o nell'altro senso, e perchè il sopra citato esperimento mostra, che il predominio di un gruppo muscolare sull'altro, a seconda degli stimoli che agiscono, può essere soltanto temporaneo, e già nella consecutiva *inspirazione*, al restringimento segue la dilazione della glottide. Un solo fatto sembra bene accertato, ed è che allo stato normale *predominano* i *dilatatori*, giacchè la glottide mostra un' ampiezza maggiore di quella corrispondente alla posizione cadaverica ». Come è agevole scorgere, anche qui Rosenbach mostra le non poche deplorevoli lacune esistenti nelle sue conoscenze.

Intorno all'affermazione di Rosenbach, che i sintomi clinici osservati sull'uomo si presentano ben diversamente da quelli accertati nei miei esperimenti sugli animali, fo notare che questa obbiezione è priva assolutamente di valore, giacchè contraddice una descrizione che non esiste, e ciò per la semplice ragione che io non l'ho data mai.

Oltre a ciò, Rosenbach trova che la fonazione è molto poco disturbata, e vede in questo pruova per dimostrare, che è garentita la libera mobilità degli adduttori, il che non sarebbe punto possibile, se essi fossero in un continuo stato di stimolazione. A ciò rispondo come segue: finora io per libera mobilità di un muscolo ho annoverato pure quella proprietà che esso deve possedere di passare dallo stato di raccorciamento a quello di riposo (cioè allungamento e distensione). Gli adduttori non si trovano in questo stato. Ma, se in vece Rosenbach per libera mobilità intende il potere dei muscoli di contrarsi più fortemente, gli rispondo che questa proprietà esiste in qualsiasi muscolo che si

trova in uno stato di contrattura. In fatti, lascio a lui la gloria di affermare, che il muscolo contratto sta in uno stato di contrazione massima.

Nel paragonare i miei reperti anatomici con quelli osservati nell'uomo, ROSENBACH cerca di nuovo di sorprendermi in fallo, contrapponendo semplicemente il suo reperto dell'atrofia degenerativa ai miei reperti di flogosi e di parziale degenerazione di fibre nervose. Egli ritiene che il reperto dello sfacelo adiposo o della distruzione totale di tutte le fibre nervose sia sufficiente per escludere con certezza che vi siano state precedentemente alterazioni neuritiche degli elementi nervosi. Se ROSENBACH avesse riflettuto che io attribuisco importanza alla moderata pressione, in quanto che essa produce effetti di attrito e di stimolazione, avrebbe potuto comprendere, che una compressione la quale determina la degenerazione di tutto il nervo, non può essere paragonata ad una pressione la quale agisce irritando persistentemente.

In fine, sulla quistione del *tono riflesso* dei muscoli postici nella posizione inspiratoria calma delle corde vocali, sono lieto di potere constatare che ROSENBACH, in questa monografia, non ha ripetuto ciò che aveva già detto altrove, cioè che egli aveva messo questo tono riflesso a base del suo primo lavoro. Anzi, da ciò che dice in questa monografia, mi sembra come se egli provasse una soddisfazione di aver potuto — con la parola « tono riflesso » esprimere in modo chiaro il concetto oscuro che finora aveva avuto di tali fatti. In vero, egli adopera questa parola come se fosse già usata da lungo tempo e fosse un vero giojello. Egli dice: « Il semplice tono riflesso, con cui KRAUSE crede lanciare nella disputa un nuovo fatto, finora rimasto inosservato, è soltanto uno dei momenti causali ». « In realtà ci ha un tono riflesso anche per i costrittori ». Ringrazio cordialmente il professore ROSENBACH, di avere ammesso questa teoria del tono riflesso, che è stata dimostrata anche da SEMON mercè ricerche di anatomia comparata. Qui non voglio ulteriormente dilungarmi a parlare sul presunto predominio dei dilatatori. Ripeto soltanto, che il persistente eccitamento dei vaghi (che è necessario per regolare il bisogno della respirazione provoca — per via riflessa — una persistente e discreta contrazione dei muscoli postici. Ora, ciò non è punto identico al « predominio dei dilatatori » come è detto nella frase di ROSENBACH da me citata, e che qui riporto. « È quindi probabile, che quando le corde vocali stanno in posizione normale, i costrittori ed i dilatatori vengono sempre contemporaneamente innervati, e che soltanto i dilatatori in qualità di muscoli più forti abbiano il predominio,

nel modo stesso come in altri territori muscolari, persino durante il riposo, predomina l'attività degli estensori ».

ROSENBACH dà termine alla sua monografia affermando, che egli non dubita un istante qualmente la opinione di KRAUSE che si accorda tanto poco con le osservazioni cliniche, sarà rigettata da tutti quelli che se ne intendono di tale quistione.

Per opporre a questa illusione di ROSENBACH un fatto convincente, ho indugiato a rispondere, fino a che è uscita a luce una conferenza che GERHARDT tenne su questo tema a Wurzburg nel Gennajo di quest'anno. In questa conferenza GERHARDT espone anzitutto sinteticamente la storia della letteratura di quest' affezione, che fu da lui descritta per il primo nel 1863, e perviene alla conclusione, che nella maggior parte dei casi esistevano le condizioni per l'alterazione meccanica o flogistica del ricorrente. Oltre a ciò, egli menziona la teoria di SEMON (cioè della grande tendenza che hanno le fibre dell'adduttore ad ammalare) e l'affermazione di ROSENBACH, cioè che nella compressione del ricorrente viene pregiudicata anzitutto la funzione dei dilatatori. Relativamente al ricorrente, GERHARDT afferma che questa ipotesi è molto più accettabile di quella accampata per lo passato, cioè che le fibre destinate per il m. postico, giacessero tutte stivate da un lato , e quindi fossero capaci di una paralisi isolata. Quindi , il fatto in parola tanto spesso osservato , poteva dai propugnatori di quest'ultima ipotesi essere riguardato come una pura e fortuita accidentalità. Quanto all'opinione, che una parte delle fibre del ricorrente possa provocare disturbi nutritivi essenzialmente diversi da quelli che si hanno quando sono impegnate altre fibre, GERHARDT non osa pronunziarsi, nè prò, nè contro....

Gli esperimenti fisiologici hanno dimostrato già da lungo tempo, che la recisione del ricorrente determina la cosiddetta posizione cadaverica della corda vocale, mentre in vece la stimolazione dello stesso nervo produce la posizione di adduzione della corda. GERHARDT nella sua conferenza fa menzione delle mie ricerche (ma per sbadataggine non ha indicato esattamente il numero degli esperimenti che mi sono riusciti, il quale ascende a 14) e dei risultati a cui sono pervenuto. Egli dice: gli Autori si trovano oggi nel bivio nella scelta di queste due opinioni, cioè: la posizione persistente di adduzione delle corde vocali in certe lesioni del ricorrente, è prodotta da paralisi dei dilatatori, o da contrattura dei costrittori ? A favore della opinione accettata finora , cioè della paralisi dei dilatatori, depone il reperto anatomico ; a favore della opinione di KRAUSE, milita l'esperimento fisiologico. Anzitutto, si dovrebbe tener presente, che non tutti i casi che finora furono qualificati come paralisi del postico possono essere annoverati nella

sezione stabilita da KRAUSE. Ci sono casi di natura cerebrale ed altri idiomuscolari, e ciascuno di essi merita una spiegazione à parte. Quando si tratta di quei quadri nosologici che sono stati determinati da lesione del ricorrente, delle glandole linfatiche, da sclerosi, aneurismi, ecc., all'esame laringoscopico si ha il quadro di un'attività persistente ed esclusiva degli adduttori, ed a quello anatomico il quadro di un'atrofia esclusiva o prevalente del muscolo postico...... Relativamente alla contrattura degli adduttori, bisogna prendere in ispeciale considerazione alcuni fatti patologici noti: la comparsa di lunghe contratture in flessione sulle estremità degli apoplettici, il che da CHARCOT fu — a quanto pare — giustamente attribuito alla degenerazione grigia dei cordoni laterali. Oltre a ciò, l'apparizione di uno spasmo tonico del facciale, dopo una paralisi periferica di questo nervo, cioè in circostanze le quali permettono di ammettere — come causa dello spasmo — una proliferazione connettivale interstiziale nel nervo facciale.

Ci è, quindi, da rallegrarsi se una tale malattia, sulla quale è stato scritto molto, venga riguardata da nuovi punti di vista, e studiata sperimentalmente. Da ciò scaturiscono nuovi punti di vista e nuovi còmpiti nella osservazione di nuovi casi. Spessissimo, in siffatto modo si riesce a scindere in molte serie un gruppo di malattie.

E già fin da ora si potrebbe per lo meno scindere in tre forme ciò che finora andò col nome di cosiddetta « paralisi del postico »:

1) Affezioni del ricorrente.
2) Esclusive affezioni del dilatatore della glottide.
3) Forme di natura cerebrale.

Per i casi dovuti a lesioni del ricorrente fa d'uopo (tenendo presente il materiale di osservazioni anatomiche esistente finora) ritenere come completamente esatta l'affermazione di F. SEMON, cioè che il muscolo aritenoide postico subisce l'atrofia relativamente per tempo e fortemente. Ma bisogna pur convenire, che come risulta dalle osservazioni di KRAUSE e dalle analogie patologiche, la stimolazione del ricorrente e la degenerazione grigia del ricorrente determinano contrattura degli adduttori, e probabilmente per anni.

A questo brano della conferenza di GERHARDT, io aggiungo la seguente proposta, che cioè nell'avvenire questa malattia non deve essere più qualificata secondo la pretesa etiologia, ma tenendo a base l' immagine laringoscopica obbiettiva, e quindi propongo di denominarla *contrattura degli adduttori*. A questa denominazione si potrebbero aggiungere, secondo la genesi ed il decorso, i qualificativi di spastica, primaria (periferica o centrale), secondaria (dopo paralisi idiomuscolare del postico o lesioni centrali).

Del resto, quanto alla stimolazione periferica (prodotta da pressione) del ricorrente, mi permetto richiamare brevemente l'attenzione sul grande materiale di rispettivi casi patologici, che sono prodotti da struma o da estirpazione di gozzo. Sventuratamente non è ancora possibile utilizzare questo materiale per la quistione di cui qui ci occupiamo, perchè l'esame laringoscopico viene eseguito troppo di rado. Soltanto da poco tempo Köhler nella Società dei *Charitè-Aerzte* di Berlino, ha richiamato l'attenzione sulla importanza delle affezioni del ricorrente. Nel presentare una inferma sulla quale egli aveva eseguito l'estirpazione parziale di uno struma, riferì fra le altre cose « che finora era stata attribuito poca importanza al fatto, che anche un processo piuttosto attivo, una contrattura degli adduttori della glottide, può determinare la morte repentina nei casi di struma », e su tale riguardo fece menzione delle mie ricerche, le quali mostrano che « una pressione persistente sul ricorrente può determinare una contrattura neuropatica degli adduttori ». In un lavoro di Franz Jankowski ci ha un'accurata statistica di tutti i casi finora registrati di paralisi dei muscoli laringei in seguito ad estirpazione del gozzo. L'A. riferisce pure 6 casi di « paralisi del postico », la « patogenesi dei quali gli sembra più misteriosa di quella della paralisi degli altri muscoli laringei ». Nella maggior parte delle storie o delle autopsie di questi infermi si accertò facilmente una riproduzione dei suoi esperimenti, determinata accidentalmente mercè stiramento o ligatura dei nervi nell'operazione. V. Meyer

Sajous. *Lectures on the Diseases of the Nose and Throat.* Philadelphia, 1885.

(*Lezioni sulle malattie del naso e della gola*).

La pubblicazione di ogni novello libro, in America od in Inghilterra, ridesta in me un curioso sentimento, il quale presso a poco, potrebbe esprimersi a questo modo: « se anche il mio libro fosse stampato e ligato così, arricchito di così belle vignette, oh! quanti pregi non acquisterebbe! ». E certe volte, il lamento è giusto e fondato. Noi, in Italia, badiamo più alla sostanza che alla forma, e questo è un merito: ma certe volte, in omaggio allo stesso sentimento, sagrifichiamo alla forma la sostanza. Certe opere e certi opuscoli si rivestono con una copertina economica, povera, che si lacera alla prima sfogliata; si *arricchiscono* (!) di incisioni così imperfette e grossolane, che il libro (se si ha avuto il coraggio di leggerlo malgrado la brutta raccomandazione) rassomiglia ad un gran signore caduto in bassa fortuna, ad un personaggio distinto, ma che porta farsetto e pantaloni sdruciti ed una camicia che ti squarcia l'anima.

Dipende ciò da miseria nostra o da avarizia degli Editori ? Vi sono in Italia pochi o molti lettori? Io non lo so, ma oserei affermare che se molti dei nostri libri portassero il paludamento Americano od Inglese, sarebbero più letti, più venduti e più apprezzati.

Il libro di Sajous è di una eleganza e di una ricchezza invidiabili ; ma anche in questo, bisogna subito dirlo, c'è il merito dell'Autore che ha disegnato, egli di persona, 97 delle cento e più illustrazioni che arricchiscono l'opera.

Il volume (di più di 400 pagine — Editore Davis) contiene : l'anatomia e la fisologia delle cavità nasali — l'esame di queste — gl' istrumenti per nettarle e medicarle — la terapia e le malattie. L'istesso ordine è serbato per la faringe e la laringe. Un ultimo capitolo (il XXIX) è consacrato alla laringotomia, alla tirotomia, alla laringo-tracheotomia ed alla tracheotomia, e v'è, in appendice, un formulario.

Il libro, però, meglio si potrebbe dire un *compendio*, perchè taluni argomenti sono molto concisamente trattati : ma è fuori dubbio che queste lezioni rivelano il talento del Prof. Sajous e saranno consultate con profitto, in ispecie quando si sente il bisogno di una idea esatta di certe regioni , della sede di taluni processi e dei non pochi istrumenti che occorrono nella pratica di queste branche, la *rinologia* e la *laringologia*.

Massei

Compendio di Terapia Clinica. Formulario terapeutico ragionato , redatto dal Prof. Rummo , *con la collaborazione del Dott.* A. Rubino. Napoli, 1886.

E noi (se fosse concesso che un estraneo dia il battesimo ad un'opera) lo chiameremmo l' *Indispensabile*. Questo *vade mecum* ha il gran merito di aver rifatto l'indirizzo dei libri del genere, in quanto che, con scienza e con un senno pratico invidiabili , le indicazioni terapeutiche sono dedotte dal concetto del morbo. Condensare in poche righe il concetto di una malattia, così come s'ha da riguardarla con la data nella quale oggi si scrive, è un lavoro Titanico, che pochi avrebbero saputo concepire , e pochissimi mettere ad effetto. Eppure il Prof. Rummo ed il Dr. Rubino hanno risoluto il difficile problema con tanta maestria, che le indicazioni scaturiscono come il più naturale dei corollarii. Leggete i capitoli sulle malattie della gola e del naso. Dalla difterite al catarro cronico, vi troverete, in poche righe, l'ultima parola che la scienza ha parlato intorno alla patogenesi ed alla cura. L'annunzio di questo libro che interessa tutti, ha dunque interessato

particorlarmente anche noi, in quanto del modo come sono state trattate talune questioni controverse (per esempio il crup e la difterite) ne abbiamo avuto la più bella impressione.

Al Prof. Rummo ed al Dr. Rubino le nostre congratulazioni.

Massei

A. Jurasz. — *Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand.*

(*Sul trattamento delle gravi deviazioni del setto nasale*).

Adams tratta le accentuate deviazioni del setto nasale , come segue:

Con una pinza di speciale costruzione, riconduce forzatamente nel piano mediano il setto deviato. Poscia introduce nelle narici un compressore, formato di due placche metalliche, che ravvicinate l'una all'altra, mantengono il setto in situazione normale. Per rendere persistente il risultato ottenuto, l'infermo per un certo tempo porta placche di avorio.

Jurasz avendo tentato questo metodo sopra uno dei suoi infermi, ha notato che l'estrazione della pinza, necessaria per l'introduzione del compressore, presentava l'inconveniente di permettere al setto di riprendere la sua posizione viziata.

Quindi, pur conservando il principio di Adams, egli ha immaginato un istrumento , che riunendo in sè la funzione di pinza e di compressore, renda possibile di eseguire — in un sol tempo — tutta l'operazione.

Si introduce — separatamente — ogni branca dell'istrumento nelle fosse nasali, applicandola a livello del setto deviato, nel modo stesso come un forcipe sopra la testa di un bambino; indi si chiude la pinza, le cui placche terminali ravvicinandosi fanno sparire la deviazione del setto. Ciò fatto, si fissano le placche mediante la loro vite, che le mantiene *in situ*, mentre si ritira il resto dell'istrumento.

Dopo avere lasciato il compressore per 3 giorni, si svita la vite, e si allontanano le placche, l'una dopo l'altra.

Per impedire che la deviazione si riproduca, per alcune settimane si fanno portare all'infermo le placche d'avorio di Adams.

Jurasz riferisce due casi, da lui trattati con la sua pinza-compressore. Nel primo trattavasi di un fanciullo di 14 anni, il quale tre mesi prima era stato operato per deviazione traumatica delle porzioni mediana e posteriore del setto cartilagineo. Il secondo caso riguarda un bambino di 5 anni, il quale da tre anni aveva un restringimento della narice destra, dovuto a sporgenza del bordo libero del setto cartilagineo.

(*Schmidt's Jahrbücher*) V. Meyer

P. Heymann, O. Fraenkel, Dennert, Hartmann, Boecker, J. Wolff e B. Baginsky. — *Vorstellung eines Falles von vollständiger symmetrischer Verschmelzung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand.*
(*Presentazione di un caso di completa fusione simmetrica del palato molle colla parete faringea posteriore*).

Heymann ha descritto questo caso notevole. È una donna a 33 anni, che dall'età di 8 anni presenta una aderenza completa del velo pendolo e dei pilastri palatini posteriori colla faringe.

Questa donna mostra pure un ispessimento delle corde vocali e lesioni cicatriziali della laringe; il suo torace è un poco deforme.

Disturbi funzionali poco accentuati, se ne eccettui la mancanza dell'odorato.

Articola bene le vocali e le consonanti che non hanno timbro nasale; ma le è impossibile di emettere la gutturale *r*, o di sostenere la *m* o la *n*, o di profferire un *n* che segue immediatamente alla *k*.

Dennert ha osservato un caso analogo in una persona a 38 anni, nella quale — però — vi era altresì una sordità dipendente da obliterazione cicatriziale delle trombe di Eustachio. Il timpano atrofizzato aveva perduto la sua mobilità, l'orecchio medio era riempito di un liquido analogo all'umore vitreo. Con un trattàmento opportuno, si ebbe un considerevole immegliamento nello stato dell'udito.

Hartmann ha veduto un caso di completa aderenza del velo pendolo colla faringe; l'inferma era una giovanetta. L'A. dichiara che non ci era punto rinofonia, oppostamente a quanto afferma Kuhn, che ha riprodotto quest'affermazione.

Boecker in una donna sifilitica ha osservato un'aderenza dei pilastri anteriori colla lingua. Non restava che un orificio permeabile tutto al più ad un cannolo di penna ; per tre mesi la alimentazione dovette essere esclusivamente rettale.

Wolff crede che nell'infermo di Heymann si potrebbe stabilire una comunicazione artificiale fra la cavità boccale e la nasale. —Baginsky, obbietta il caso di Kuhn, nel quale malgrado operazioni reiterate e penosissime, l'aderenza tendeva sempre a riprodursi.

(*Berl. klin. Wochenschr.*) V. Meyer

VARIA

Anche quest'anno il corso ufficiale di Laringoiatria di questa R. Università si è inaugurato con buoni auspicii, che fanno presagire un felice avvenire, pieno di vita rigogliosa per l'insegnamento di una importante branca delle mediche discipline.

La lezione d'apertura ha avuto per argomento un caso clinico, un individuo affetto da avanzata laringostenosi per papillomi multipli delle corde, guarito meravigliosamente dopo poche sedute operative. Questo caso è stato scelto a bella posta dal Prof. Massei per dare, come sempre, un indirizzo tutto pratico al suo insegnamento, dimostrando coi fatti l'importanza della Laringoscopia. Egli ha fatto notare con evidenza che nelle lesioni laringee i sintomi o sono di poco rilievo o comuni a svariatissime alterazioni e non sufficienti a menare ad una precisa diagnosi; che le malattie della laringe sono frequentissime, più di quanto credevasi un tempo, e spesso importanti, sia per sè stesse, sia pel rapporto che hanno con l'intero organismo.

Le lezioni si succedono con alacrità, come si potrà in certo modo rilevare dalla cronaca esposta nella parte originale: la scuola è frequentata da molti, la maggior parte laureati e provenienti dalle principali Università del Regno.

Frequentatissimo è poi l'Ambulatorio, ove gl'infermi danno largo campo alle osservazioni scientifiche ed agli esercizii pratici.

All'Esposizione dell'XI Congresso Medico-Chirurgico, tenuto nell'anno passato a Perugia, questo periodico è stato premiato con la medaglia di bronzo.

Nell'annunziare con piacere ai nostri lettori questa onorificenza, rendiamo pubbliche grazie al Giurì dell'Esposizione, promettendo da parte nostra di migliorare sempre più le sorti del nostro Giornale, per renderci meritevoli della stima mostrataci dai nostri Colleghi.

Nel p. p. Decembre il Direttore di questo Giornale ebbe una visita per quanto breve, altrettanto gradita, dal Dott. Felice Semon che da tanti anni, e con tanto successo esercita la Laringoiatria a Londra.

Sarà stata una occasione perchè il Semon, che dirige l'impor-

tante giornale di Laringologia e Rinologia: *Internationales Centrallblatt*, sappia tutto quello che l'Italia produce.

Annunziamo con piacere la pubblicazione di un novello giornale « *gl' Incurabili* » del quale si sono già pubblicati 2 numeri. N'è direttore il Prof. Ria, privato docente di Clinica Medica e di Terapia, scrittore erudito, clinico esperto, uomo di forti propositi.

Salutiamo quest'altro confratello e gli auguriamo che presto occupi un posto d'onore nella stampa Medica Italiana.

A Madrid, ha visto la luce un altro giornale, che si occupa di *Oftalmologia, Otologia e Laringologia*. È una rivista mensile diretta dal Dott. Federico Gomez de la Mata.

Al neo-confratello i nostri augurii ed i nostri complimenti.

Il Dott. F. Cardone, assistente della Clinica Laringoiatrica di questa R. Università, è stato nominato corrispondente della *Revue Mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, per la parte, che concerne le pubblicazioni italiane.

Facciamo avvisati tutti gli autori di monografie su l'orecchio, il naso, la gola e gli organi annessi, a voler indirizzare al Dottor Cardone doppio esemplare dei loro lavori, nell' interesse individuale e per mantener alto all'estero l'onore della classe medica italiana, anche in queste branche delle Mediche discipline.

L' indirizzo è : presso il Prof. Massei, Via Roma, N. 16.

Annunziamo pure con massimo compiacimento che uno dei nostri insigni Collaboratori, il Dr. G. Novaro, è stato nominato Professore ordinario di Chirurgia a Siena. I nostri sinceri congratulamenti.

Pel prolungato sciopero dei tipografi, il terzo numero di questo periodico non ha visto la luce a suo tempo. Intanto, essendo anche prossimo quello della pubblicazione del quarto ed ultimo numero, ci siamo determinati a pubblicare questo fascicolo doppio, nella lusinga di far cosa grata ai nostri abbonati.

Così si chiude il quinto anno di vita degli Archivii, e ci auguriamo che il sesto, il cui primo numero, come di consueto, vedrà la luce il 15 Luglio prossimo, incominci con auspici sempre più lusinghieri, da darci maggior lena nel migliorare le sorti del nostro Giornale.

Facciamo però appello ai nostri lettori, e soprattutto agli Abbonati , a volerci coadiuvare, e noi rendendo loro grazie , preghiamo caldamente i morosi a mettersi in regola coi *pagamenti*.

La Redazione.

E. BUROW

La schiera dei grandi laringoscopisti, che la falce inesorabile della morte ha mietuto a larga mano in questi ultimi anni e va tuttora mietendo, si è accresciuta di un altro nome, che fino a ieri brillava di luce fulgidissima sull'orizzonte scientifico, e oggi accresce la lista di quei grandi . che l'umanità segna a lettere d'oro nell'albo dei *veri* e *grandi conquistatori*, perchè le *conquiste* da essi fatte non si traggono dietro lutto e lagrime, ma luce vividissima e redenzione: *luce* che stenebra tanti di quelli enimmi, alla soluzione dei quali lavorano le intelligenze più elette del mondo; *redenzione* da tante miserie intellettuali e morali che mantengono ancora tanto afflitta e desolata la Società.

Ai nomi di MANDL, di WALDENBURG, di BRUNS , di FOULIS, di KRISHABER, di ELSBERG, di questi grandi eroi della scienza, scesi nel gelido avello, se ne aggiunge oggi un altro non meno illustre, quello di ERNST BUROW.

Questo grande laringoscopista, nato nel 24 Giugno del 1838 a Koenigsberg , dove suo padre insegnava *Clinica propedeutica* , tuttochè avesse esercitato in sulle prime la chirurgia, e fosse rimasto chirurgo generico, ciò nonpertanto fin dal 1863 si dedicò con grande ardore alla laringologia, che predilesse sempre fino al termine della sua vita. Le sue pubblicazioni laringoiatriche : « *Atlante laringoscopico* », « *Sulla paralisi dei dilatatori della glottide* », « *Le indicazioni per il trattamento extra od intralaringeo delle neoformazioni benigne nella laringe* », attestano la sua grande perizia in questa specialità, e gli procacciano un posto distinto nella schiera di coloro che incrementano tanto potentemente questa novella branca delle mediche discipline , che oggi si è reso tanto benemerita della Scienza e dell'Umanità.

Pace alle sue ceneri.

V. MEYER.

LIBRI VENUTI IN DONO

Mannino Dott. **L.**— Il bacillo della balano-postite. Nota preventiva. Palermo, 1885.

Cozzolino Prof. **V.** – L'orecchio, il naso, la gola e la balneoterapia. Lezioni raccolte dal Dott. A. TRIFILETTI. Napoli, 1885.

— L'audiometro elettro-telefonico. Firenze, 1885.

Vanni Dott. **L.** — Osservazioni cliniche e sperimentali, fatte sul ferro PAGLIARI. Dalla Clinica Medica di Firenze. Firenze, 1885.

Cartaz Dott **A.** Des névroses réflexes d'origine nasale. Paris, 1885.

Senise Prof. **T.** — Sulla Terapia del Colera. Conferenza scolastica. Napoli, 1885.

De Marinis Dott. **F.** — Sulla vaccinazione animale discontinua, in occasione della epidemia vajuolosa degli anni 1880-81 in Civitacampomarano. Campobasso, 1885.

— Le visite agli ammalati. Campobasso, 1385.

Ferreri Dott. **G.** – Causa ed effetti della respirazione per la bocca. Metodo razionale di cura. Rivista sintetica. Firenze, 1885.

Bresgen Dott. **M.** – Des cautérisations à l'acide chromique dans les fosses nasales, 1885

— Der Circulations-Apparat in den Nasen-schleimhaut vom klinischen Standpunkte aus betractet. 1885.

Franklin H. Hooper. - The respiratory function of human Larynx. From Experimental Studies in the Physiological Laboratory of Harvard University. 1885.

Schiffers Dott. **P.** — De l'Amygdalotomie.

Schmiegelow Dott. **E.** — Tumeurs malignes primitives du nez. Paris, 1885.

Brancaccio Prof. **F.** – Sul passaggio dell'albumina nelle urine e sulle consecutive alterazioni dei reni. Ricerche sperimentali. Napoli, 1885.

Tortora Prof. **I.** – Sull'Eczema solare (Lichen agrius di WILLAN) Studii sperimentali. Napoli, 1885,

Cardone Dott. **F.** — Note di clinica rinojatrica. Napoli, 1885.

Krause Dott. **H.** — Ueber die Adductoren-contractur (vulgo Posticuslähmung der Stimmbänder. Berlin, 1885.

Cervesato Prof. **Dante.** — Della ricerca dell'uro-indicano e del suo valore semiotico. Napoli, 1885.

Beschorner. — Subcutane Injectionen von Cocain. salicylic. bei Asthma und nervösem Husten.

Ramon de la Sota. — Sanguijuelas en las vias aéreas. Madrid, 1885.

Montefusco Dott. **A.** — I nuovi rimedii antifebbrili. Napoli, 1885.

Brunetti Dott. **G. B.** — Otite media purulenta che datava da 35 anni, guarita in un mese.

Somma Dott. **G.** - Algunas consideraciones prácticas sobre la vacunacion. Traduccion del Dott. F. P. P. Madrid.

Mazzitelli Prof. **P.**— Su d'un caso singolare di dermatite gommosa diffusa (con due tavole). Napoli, 1885.

Dal Pozzo Prof. **E.** – Un capitolo di psicofisiologia. – Giordano Bruno. Conferenze. Foligno, 1885.

Hallopeau. – Trattato elementare di Patologia Generale comprendente la patogenia e la fisiologia patologica. Traduzione del Dott. VINCENZO MARSIGLIA. Si sono pubblicati fasc. 1 a 4.

Jelinek Dott. **E.** – Ueber Milchsaure Behandlung im Kehlkopfe, Rachen und der Nase mit vorzugsweiser Berücksichtigung der Kehlkopf.—Tuberculose, 1885.

Bryson Delavan.—Erysipelas of the larynx and pharynx. New-York, 1885.

Sajous Charles E. – Lectures on the Diseases of the nose and throat. Philadelpia, 1885.

Ariza Dott. **R.** – Concepto racional de las Especialidades. Madrid, 1885.

– De le tuberculosis laringea poliposa y vegetante en Espana y en el Extranjero.

– Consideraciones acerca de la Laringìtis sifilitica terciaria. Observaciones de sus diversas formas.

– Laringitis hipertrófica benigna. Observaciones de sus variedades supra è infraglótica.

– Observaciones de Cáncer laringeo. Posibilidad de diagnosticar sus especies por medio del laringoscopio. Indicaciones terapeuticas.

– Autofonia.

– Otitis medio purulenta tubercolosa.

Capozzi Dott. **V.** – L'ammoniaca e suoi sali negli opacamenti della lente. Napoli, 1885.

Iacobelli Prof. **A.** – Prelezione al corso ufficiale di Atmiatria. Napoli, 1886.

Masucci. Prof. **P.** – Due casi di rarissime affezioni della laringe. Napoli, 1885.

Cardone Dott. **F.** – Polipo gigante della cassa del Timpano. Nota clinica ed anatomo-patologica. Napoli, 1885.

Pavone Dott. **C.** – Sulla tabe sifilitica. Napoli, 1885.

Lepidi-Chioti Prof. **G.** – La febbre miliare di Palermo e le opinioni del Prof. FEDERICI. Napoli, 1885.

Di Pietrangelo Prof. **Antonio.** – Proposta al Municipio di Stazione Climatica in Civitella del Tronto. Bassano, 1885.

– Distinzione tra la vecchia e la nuova scuola e ricorrenza tifosa in Civitella del Tronto nel 1880-81-82. Bassano, 1883.

Di Vestea Dott. **Alfonso.** – Ricerche e sperimenti sul bacillo del tifo addominale. (Laboratorio della Clinica CANTANI). Napoli, 1885.

Cartaz Dott. **A.** – Note sur les paralysies laryngées d'origine centrale. Paris, 1885.

W. **Chapman Jarvis.** – A new electric Light. New York, 1885.

Primavera Prof. **G.** – Atlante di microscopia clinica. Napoli, 1886.

Rummo Prof. **G.** – Compendio di Terapia Clinica. Formulario terapeutico ragionato. Napoli, 1886.

Nicolai Dott. **V.** – Manopola portaspecchio laringeo. Milano, 1886.

Bulletins et mémoires de la Societé Francaise d'Otologie et de Laryngologie. Tome III, Fascicule 1, Paris, 1886.

Bresgen Dott. **Maximilian.** – Die Anwendung der Chromrsaüre in der Nasenhöhle, 1886.

– Vergiftungserscheinungen nach Cocainisirung der Nase, 1886.

Valentini Dott. **P.** – Parto impossibile e pericoloso per insufficiente energia della forza espulsiva. Foggia, 1886.

Strümpell Dott. **A.** – Trattato di Patologia Speciale Medica e Terapia. (Sono pubblicati i fas. 12, Vol. I. e Fas. 12, Vol. II). Casa Editrice del Dott. F. Vallardi.

Somma Dott. **G.** — Il soleggiamento nella cura dell'idrocefalo cronico nei bambini lattanti. Napoli, 1886.

Grazzi Prof. **V.** — Indirizzo alla diagnosi ed alla cura dei casi di penetrazione di corpi estranei nelle vie respiratorie. 1886.

Pianese — Inalometro per affezioni bronchiali e polmonari. Torino, 1886.

Mayer Dott. **N.** — Memoria sopra i restringimenti organici dell'uretra e consecutiva ritenzione orinosa. I diversi metodi operativi più accettati e nuovo uretrotomo d' avanti in dietro, Dilatatore e Catetere formante un solo strumento. Lanciano, 1885.

— Memoria sull'Aspermatismo e sulla contrattura degli sfinteri del collo vescicale. Lanciano, 1884.

Margary Dott. **F.** — Callo deforme da frattura dell'estremità inferiore. Milano, 1886.

Carbone Dott. **F.** — Il Codice della Giovane Madre. Milano, 1886.

La Preventiva, Gazzetta d'Igiene fondata e diretta dall'egregio Prof. D. Franco; in questi 2 ultimi fascicoli ha pubblicato articoli importanti, taluni dei quali hanno particolarmente richiamata la nostra attenzione: vogliamo alludere soprattutto a quello relativo alla igiene delle scuole.

Questo simpatico periodico, seguendo l'indirizzo tracciato, ed insistendo sopra argomenti, che come quello accennato interessano il pubblico e la classe medica, occuperà un bel posto nella stampa scientifica Italiana. Ne raccomandiamo la lettura ai nostri abbonati.

INDICE

Indice Alfabetico degli Autori di lavori originali

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO VI — 1886.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto
Prof. incaricato per l'insegnamento di Laringologia nella R. Univ. di Napoli

REDATTORE

Dott. PIETRO MASUCCI

Libero docente con effetti legali in Laringojatria
Aiuto alla Cattedra di Laringologia

COLLABORATORI

J. Baratoux (Parigi) — **G. Boucher** (Napoli) — **F. Cardone** (Napoli) — **A. Caselli** (Genova) — **D. Cervesato** (Padova) — **G. Cicconardi** (Napoli)— **G. Clemente** (Catania) — **V. Cozzolino** (Napoli) — **R. de la Sota y Lastra** (Siviglia) — **F. Egidi** (Roma) — **A. Fasano** (Napoli)— **. Fazio** (Napoli) — **V. Grazzi** (Firenze) **A. Krakauer** (Berlino) — **C. Labus** (Milano) — **F. Margary** (Torino) — **O. Masini** (Genova) — **V. Meyer** (Napoli) — **V. Morra** (Napoli)—**E. J. Moure** (Bordeaux)—**F. G. Novaro** (Siena)—**G. Ruggi** (Bologna)—**A. Trifiletti** (Napoli)—**F. Trometta** (Messina)—**W. Zawerthal** (Rio Janeiro).

ANNO VI. — 1886

NAPOLI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE
nell'ex Convento di S. Antonio a Tarsia
1886

AL LETTORE

Gli Archivii Italiani di Laringologia, che a taluni facevano molto temere della loro vitalità, entrano, con questo fascicolo, nel VI anno di vita. Bambini ancora, vennero su robusti e sani; ne danno una prova promettendo di regolarizzare il loro cammino con 2 fascicoli doppii, onde completare, nel corso del 1886, l'anno sesto. Questa determinazione che abbiamo presa allo scopo di evitare taluni equivoci nell'abbonamento, ci è stata pure consigliata da un materiale ricco che ci è favorito da noti scrittori; se la sorte sarà a noi più propizia, forse nell'anno futuro la pubblicazione potrebbe addivenire addirittura bimestrale. Ma non precorriamo gli eventi. Ricordiamo bensi, con orgoglio, che nel fondare codesta pubblicazione, noi facemmo assegnamento su lavori Italiani. La Laringologia, prima che stampassimo gli Archivii nostri, avea ricevuto un battesimo mondiale e l'Italia vi era anch'essa concorsa; ma a noi premeva di mostrare che il lavoro nazionale era sufficiente a mantenere in vita un giornale speciale, cosa che i fatti hanno ampiamente provato. Avevamo ovunque amici fedeli ed intelligenti, dai quali molto avemmo avuto a sperare; se non invocammo il loro patrocinio, ciò non fu certo per disprezzo, ma per un delicato sentimento di amor patrio, che i nostri connazionali han compreso ed apprezzato, concedendo a noi il loro appoggio. Non era una speculazione che si volle tentare, ma una nobile gara, nella quale la comparsa di altri periodici, che si occupano delle stesse materie, non fece che portare incoraggiamento.

Per cinque anni, adunque, noi tenemmo a non dare il posto, in massima parte, che ad articoli originali di autori Italiani; ma d'ora in poi, senza disertare la bandiera, potremo aprire le nostre colonne a quelli, tra i nostri colleghi esteri, che le crederanno degne di loro.

Il Dott. Krakauer di Berlino, laborioso e colto scrittore, c'invierà delle corrispondenze relative agli atti della Società Medica di Berlino; noi siamo felici di poterlo annunziare ai nostri lettori con un pò di vanagloria, non fosse che pel prestigio che il giornale seppe guadagnarsi all'Estero.

Pel rimanente, il nostro programma è invariato. Lo spirito che c'informerà, sarà sempre quello di pubblicare un giornale utile allo specialista, quanto al policlinico. Poche branche, più della nostra, hanno legami così intimi con la Clinica. Accompagnare i rapporti che la patologia della laringe e degli organi annessi ha con quella dell'intera economia, significa nient'altro che continuare con diligenza, uno studio assai interessante nell'arduo compito che incombe al Medico.

Una parola di riconoscenza noi dobbiamo, infine, agli egregi componenti la giunta del Consiglio Superiore che, continuando il premio di cui ci furono larghi, spianarono molte difficoltà che la ristrettezza dei mezzi ci avrebbero creato. Noi cureremo sempre con affetto e con interesse la nostra pubblicazione: la ricompensa degli intelligenti non potrà mancarci in avvenire, come mai ci è mancata nei momenti difficili.

La Redazione

PARTE ORIGINALE

LEZIONE DI CHIUSURA AL CORSO UFFICIALE DI LARINGOJATRIA.

(V. anno scolastico — 1885-86)

Pel Prof. F. MASSEI.

Signori,

Questo DISCORSO DI CHIUSURA, al quale io vi ho invitato, è una mera formalità, inquantochè noi continueremo, tutto l'anno solare, le nostre esercitazioni e la medicatura all'Ambulatorio. Ora, soprattutto, che voi siete esperti nella tecnica laringoscopica, avrete agio di convincervi quale profitto si può trarre da osservazioni cliniche estemporanee fatte sopra un materiale rilevante, che continuamente si rinnova e si accumula. Il Dispensario, quello che come il nostro non è annesso a Sale Cliniche, ha due grandi inconvenienti: di far perdere cioè di vista alcuni infermi, e son sempre quelli che più c'interessano, e di privarci della soddisfazione di eseguire noi stessi quelle operazioni chirurgiche che reclamano il riposo a letto; ma ad onta di ciò, l'Ambulatorio è un grande libro a pagine auree, nel quale si leggono sempre cose nuove, e perfino le vecchie, malgrado la loro monotona ripetizione, lascian dietro ricordi ed ammaestramenti d'incontestata utilità. Tutto ciò, voi giovani, lo sapete meglio di me, e ne date prova solenne con la vostra assiduità, anche nei mesi di vacanza, quando noi continuiamo ininterrottamente il nostro lavoro, per studiare di proprio conto e per non privare tanti infelici di qualche benefizio che può loro addivenire da una speciale pratica delle malattie che formano il nostro objettivo. Ond'io son certo che parecchi tra voi, malgrado questo addio convenzionale ch'io soglio rivolgervi ogni anno con una certa solennità, resteranno affezionati alla Scuola pratica, dalla quale nè i miei assistenti, nè io diserteremo un istante.

Or bene, ad onta di tutto ciò, io tengo alla lezione di chiusura, perchè essa è una rassegna retrospettiva di tutto quello che compimmo durante l'anno scolastico, e può riuscire per voi un indice utile, un ricordo non ingrato del tempo speso con me nello studio delle malattie della gola e del naso.

Che se taluno vorrà discernervi un sentimento di orgoglio, io non sarò tentato di difendermi; non vi dissimulo che la coscienza di aver compito intero il mio dovere, malgrado i limitati mezzi coi quali si mena avanti codesto insegnamento, è una soddisfazione della quale io sento vivo bisogno, ed in cui voi avete grandissima parte, col mostrarvi sempre assidui nel lavoro che compiamo assieme ogni anno.

Innanzi tutto io tengo a mostrarvi quanto fui fedele seguace dell'indirizzo che tracciai a grandi linee nella prelezione.

L'esame laringoscopico è il solo mezzo diagnostico che stia a livello delle esigenze odierne, in ordine alle malattie della laringe. Ciò è risaputo ad oltranza e sarebbe ozioso perdermi in argomenti per provare quello che il buon senso ed i fatti hanno evidentemente messo in rilievo.

Ma l'esame laringoscopico è in *molte circostanze* un elemento diagnostico di grande importanza, anche in malattie di organi lontani dalla laringe.

Questo è stato, e sarà sempre il mio objettivo nell'insegnamento al quale sono preposto: voi siete oggi i migliori testimoni di quest' affermazione, della quale come ho detto, io feci la mia bandiera. Conoscer bene la patologia della laringe, val sempre meglio di una conoscenza informe e superficiale: il nostro insegnamento, da questo punto di vista, merita bene l'aggiuntivo di *complementare*; ma interrogare la laringe in talune emergenze di diagnosi dubbie, relative ad organi che sono perfino estranei al sistema respiratorio, significa mettere a profitto tutto quello che la Clinica reclama, il nesso tra i sintomi, la filiazione dei processi, ed è un dovere. Da questo lato l'insegnamento diventa *indispensabile* al giovane medico che ha bisogno di supplire al difetto di esperienza, che solo acquisterà col tempo, chiamando in ajuto tutti i mezzi dei quali la scienza dispone.

Se molte volte l'esame del fondo dell' occhio, delle urine e quello istologico riescono preziosi per la diagnosi di una malattia cerebrale, di un dissesto del ricambio materiale o per quelle parassitarie che non si lasciano indovinare col solo esame stetoscopio e plessimetrico, assai spesso il laringoscopio mette il clinico in grado di affermare una sifilide latente, una tubercolosi primaria della laringe, un aneurisma dell'arco.

Per buona ventura fra 497 infermi, qaanti ne sono passati sotto i nostri occhi all'Ambulatorio dal Novembre a tutt'oggi, noi abbiamo avuto esempii molteplici e luminosi per rafforzare questi legami clinici, ed io son felice, nell'iniziare questa rassegna sin-

tetica, di poter passare sopra con poche parole ai casi comuni e frequenti (che pur hanno la loro speciale importanza) per intrattenermi un po' su quelli che ci dettero occasione a studii più accurati ed a discussioni cliniche.

Questi 497 infermi si possono classare così:

Affezioni del naso e del cavo naso-faringe	128
» dell'istmo e del cavo orale	57
» della faringe	119
» faringo-laringee	85
» della laringe	98
» degli organi annessi	10
Totale	497

Tra le **malattie delle fosse nasali e del cavo naso-faringeo**, anche quest'anno, come nei precedenti, la prevalenza è stata per le RINITI.

Difatti, sopra 128 infermi, ne troviamo ben 70, dei quali 2 soli han presentato la forma acuta. Le ragioni per le quali la corizza acuta si osserva di rado in un Ambulatorio e dai medici in generale, sono ovvie a comprendersi; il catarro di testa è una affezione che il volgo conosce e cura; nè un artigiamo (si sa quale gente frequenta l'Ambulatorio di un ospedale), si dà pensiero di consultare l' uomo dell'arte per un tale incomodo, tranne che esso non si ripeta spesso. Invece, i 2 casi di corizza riguardano appunto *poppanti* ed in questi, ostacolata la respirazione nasale, ne soffre egualmente la suzione.

Le lavande tiepide ed i toccamenti con borace e glicerina riescono benissimo in queste forme.

Gli altri 68 casi si riferiscono a quelle croniche (forma crostosa, ipersecretiva, ipertrofica ed atrofica) nelle quali abbiamo sempre preferito, come di solito, le lavande di nettezza, il joduro di zinco e l'acido cromico, a seconda dei casi speciali. Malattie ostinate, ribelli, reclamano molta assiduità e sovente un trattamento generale indirizzato a migliorare la condizione della mucosa ammalata.

Talora la rinite si accompagna a DEVIAZIONE DEL SETTO. Questa, nella sua porzione cartilaginea, era marcatissima in un giovane. Mi piace rammentarvi gli effetti portentosi che in breve tempo ottenemmo raccomandando all' infermo di praticare da se, spessissimo nel giorno, la pressione digitale e di tenere la notte un grosso zaffo di cotone che premeva dal lato ove il setto sporgeva.

Anche l' OZENA (25 casi) inteso nel senso moderno, è stato

spesso da noi veduto. Oggetto di studio da parte dei miei esperti assistenti (ai quali è affidata la cura quotidiana), abbiamo saputo da loro che oltre alle solite docce di acqua salata, al jodoformio ed al calomelano, non si può assegnare alla resorcina un valore superiore al solfofenato di zinco (due disinfettanti che prediligiamo), giacchè quello che soprattutto importa, in questa cura, è la nettezza e la sovrana indicazione d'impedire le fermentazioni o neutralizzare la sostanza volatile allo stato nascente, che secondo quel ch'io penso, è la causa del cattivo odore in questo catarro specifico del tratto respiratorio.

Per troppo breve tempo abbiamo sperimentato la trementina, col metodo raccomandato dal Dr. C. MALACRIDA. Ma avendone estesa l'applicazione ai cronici catarri in genere, noi finora possiamo dichiararcene contenti.

In 16 casi la causa della FARINGITE CRONICA risiedeva in una CRONICA RINITE; la relazione tra la causa e l'effetto è stata messa in luce dall'esame diretto e dalla cura: la faringite è migliorata, a misura ch' è migliorato lo stato della mucosa nasale. Oltre alla facile diffusione ad una mucosa contigua, bisogna tener conto di tutto quanto può la ostruzione nasale, e questa semplice osservazione è preziosa in pratica, giacchè spiega talora la resistenza della faringite alla cura locale e quanto importi ricercarne la vera causa morbigena.

Dei 3 casi di EPISTASSI, frequente, recidiva, ostinata, 2 certamente vi son rimasti bene impressi nella memoria, come lo sono in me stesso. La causa era la cronica rinite, la quale, come ultimo effetto, avea lasciato dietro varicosità pronunziate, soprattutto nella porzione cartilaginea del setto. A questo proposito, io resi l'omaggio che meritava all'opinione di VOLTOLINI, la quale insegna che la sede prediletta di queste varici è la porzione cartilaginea del setto, e le cauterizzazioni con la galvano-caustica, che miracolosamente e definitivamente frenarono l'emorragia, provano ancora una volta quanto giusto sia l'entusiasmo col quale il dotto specialista di BRESLAVIA caldeggia codesto trattamento.

La SIFILIDE, nel periodo neoplastico, colpisce talora il NASO. Le LESIONI GOMMOSE possono seguire una doppia via; approfondarsi dai tessuti esterni fino alla mucosa, o viceversa. È importante ricordare che in questa sede, difficilmente le lesioni riparano senza lasciar dietro dei postumi; deformità dell'organo o lesioni funzionali, anosmia, difficile respirazione attraverso quelle

vie, alterata risonanza della voce. Tanto avemmo ad osservare in 7 individui i quali forse più che la cura del processo in atto, reclamavano da noi qualche compenso sintomatico.

Voi sapete che l'*anosmia* dipendente da distruzione della porzione ossea del setto, è irrimediabile; noi dovemmo limitarci il più delle volte a spazzare e lavare o facilitare la eliminazione di sequestri ossei.

Avemmo 5 casi di MIXOMI NASALI, per lo più bilaterali, 1 solo della fossa nasale sinistra.

Tutti guarirono sollecitamente grazie all'asportazione che continuiamo e continueremo con predilezione a compire con l'ansa fredda. La prontezza e la efficacia, l'indolenza del trattamento (in ispecie facendo precedere toccamenti con cocaina) sono cose a voi troppo note, perchè ora io debba ritornarvi sopra.

Quest'anno avemmo 2 casi di VEGETAZIONI ADENOIDI; tenuto conto della rarità di questa affezione nelle nostre contrade e del breve elasso di tempo nel quale si presentarono, si può, questa coincidenza chiamarla abbastanza fortunata. E non solo nei nostri climi caldi codesta è un'affezione difficile a vedersi, ma tale da non raggiungere quello sviluppo che suole nei paesi del Nord.

Vi ricordo che questi due infermi erano bambini (uno maschio di quattro anni, una femmina di sette) e che in loro i sintomi eran quelli di un cronico catarro del naso; anche all'esame con lo speculum non riusciva vedere il tessuto morboso e l'inganno si sarebbe prolungato se avessimo trascurata l'esplorazione digitale del cavo naso-faringeo per la via della bocca; esplorazione che, nei giovani soggetti, sostituisce l'esame rimoscopico averso, assai difficile. Ciò che nei 2 piccoli pazienti prevaleva, era la difficoltà della respirazione nasale ed i genitori si fermarono a raccontarci quel molesto rumore che i loro figliuoletti producevano nel sonno.

La escissione per la via della bocca, mediante la pinza CATTI, è quella che io preferisco come la più sicura e la più pronta, ed in uno (il maschio) i beneficii furono così pronti e spiccati, che dopo poche sedute i genitori non credettero più ricondurlo; nell'altra rimanevano piccoli residui che consigliammo distruggere con i toccamenti di tintura jodica.

Affezioni dell'istmo e del cavo orale

Nulla di speciale ho da aggiungere relativamente a 7 casi di STOMATITE, 1 di MUGHETTO del solco gengivo-labiale, 8 di CONDILOMI PIANI ORALI E FARINGEI, contro le quali lesioni adottammo

con successo, ora una cura locale, ora questa congiunta ad un trattamento generale analogo; invece ricorderò poche cose relativamente alle tonsilliti acute e croniche.

Avemmo 13 casi di TONSILLITE ACUTA, di cui 4 presentarono la forma *flemmonosa* e reclamarono il vuotamento. Negli altri 9 bastarono i gargarismi emollienti, il ghiaccio e la cocaina per farle risolvere. Esse si svolsero in adulti, in epoche varie, ma quest'ultimo fatto non inferma la regola che le tonsilliti acute si verificano di preferenza nelle stagioni medie, cioè in primavera ed autunno, imperocchè, relativamente ai 497 casi, questi 13 sono sempre uno scarso contingente, scarso non per altra ragione se non per gli ostacoli che trovano gli ammalati, per lo più febbricitanti, a trascinarsi sino all'Ambulatorio.

Di 22 casi d'IPERTROFIA TONSILLARE, noi abbiamo operato 8 soltanto, nei due lati, cioè abbiamo reciso 16 *tonsille*. Vi ricorderete che prima di indicare la *tonsillotomia*, io ho sempre cercato d'indagare se vi fossero ragioni serie per farlo: volume considerevole ed ostacolo alla respirazione; dissesti dell'udito e della pronunzia; facilità a contrarre la forma acuta.

Abbiamo operato, e con massima facilità, alcuni bambini, senza il benchè minimo inconveniente, sempre con i tonsillotomi e con deciso profitto dall'anestesia con la cocaina.

L'unico caso di PARALISI DEL VELO si riferisce ad una donna di Chieti, di 50 anni, la quale da 8 mesi era travagliata dai noti inconvenienti nel deglutire e nel parlare. L'osservazione è tanto più importante, in quanto la paralisi era postuma di *cholera*. La corrente faradica indusse una sollecita e completa guarigione.

Il caso di PAPILLOMA MARGINALE del velo pendolo, un piccolo condiloma acuminato che produceva piuttosto accentuata molestia, avemmo ad osservarlo in una giovanetta sedicenne, nella quale la piccola operazione produsse pronto sollievo. Ciò ne ha insegnato che talora non bisogna trascurare fatti anche lievi, perocchè sono essi che figurano come stimoli, come punti eccitomotori di strane sensazioni riflesse.

Un contingente piuttosto rilevante ci hanno fornito in questi 6 mesi i NEOPLASMI MALIGNI delle tonsille e delle adjacenze, se noi teniamo presente la rarità dei casi del genere. Contiamo in fatti 3 osservazioni: 1 *epitelioma* e 2 *sarcomi*.

L'epitelioma si riferisce a quella donna di 54 anni che tuttora frequenta il Dispensario. Il tumore ha invaso pure la parete la-

terale destra e posteriore della faringe, si estende in alto verso le coane, sposta in avanti il velo, dacchè mentre forse ha avuto punto di partenza dalla tonsilla, si è di preferenza svolto nella retro-faringe e presenta nel centro una ulcerazione, i margini della quale si sentono duri al tatto. La secrezione è scarsa, i linfatici prossimiori ingorgati; i gangli mascellari hanno già raggiunto il volume di una grossa nespola. Per tutte queste ragioni a noi l'inferma (che già soffriva da 10 mesi) sembrò inoperabile, ma volemmo che sulla opportunità, o meno della cura, sentisse l'avviso di altri, e questo fu conforme al nostro.

Le 2 osservazioni di sarcoma riguardano due uomini: un calzolajo a 59 anni che si diceva infermo da 2 anni e non si lasciò più vedere dopo un' unica consultazione che prese da noi, ed un corallaro, anche intorno ai 50 anni, il quale asseriva di essere infermo da soli 3 mesi! In costui il tumore era infiltrato e diffuso alla tonsilla destra, al velo, alla parete laterale della faringe, in alto verso le coane e si ripeteva nelle glandole cervicali, sì che fu, al pari dell' epitelioma, dichiarato inoperabile e perduto di vista.

Ho richiamato più volte la vostra attenzione sulla facilità con cui si può scambiare un tumore del genere, specie sotto forma infiltrata, con la sifilide gommosa: la superficie talora levigata, il rossore fosco, traggono in inganno, ma lo stato dei linfatici prossimiori, l'esplorazione digitale che rivela un certo grado di resistenza maggiore e le nevralgie compagne, non lasciano più dubbio, non dico già nelle forme avvanzate, come in queste, ma anche nel principio del morbo.

Questa difficoltà diagnostica, nondimeno, ci si presentò in tutta la sua interezza in un caso, la storia del quale fu raccolta e discussa dal Dott. FELICI.

Una donna a 38 anni si lamentava da 8 mesi di disfagia; l'esame delle fauci mostrava la tonsilla sinistra discretamente ingorgata, aderente al pilastro anteriore, di consistenza molle-elastica. Verso il centro del suo margine libero vi era una ulcerazione i cui margini rilevati e duretti, ricordavano un epitelioma. L'esame della superficie posteriore, fatto con lo specchietto, mostrò un aspetto frastagliato, come di fragola, da cui veniva fuori secreto scarso, ma torbido. Le glandole sottomascellari, soltanto dietro un accurato esame si riscontravano leggermente aumentate di volume e durette.

Malgrado l'anamnesi negativa, noi facemmo pendere la bilancia in favore della SIFILIDE e ci decidemmo ad un esperimento curativo con massima oculatezza; ma per abbreviare le sofferenze all'inferma, proponemmo e compimmo la escissione del tessuto in-

filtrato con l'ansa galvanica. Non vi fu riproduzione di sorta e quando i fenomeni reattivi si domarono, l'inferma si sentì perfettamente bene. In breve tempo era guarita, ma contemporaneamente noi avevamo già praticate parecchie injezioni ipodermiche di sublimato.

8 FARINGITI ACUTE, 56 FARINGITI CRONICHE (forma ora secca, ora ipersecretiva), 18 FARINGITI spiccatamente GRANULOSE, rappresentano quel ricco contingente di infermi che ci tiene per molto tempo occupati nella medicatura. Vero è che i casi acuti con poche misure igieniche, qualche gargarismo e con toccamenti di cocaina rapidamente guarirono, ma essi ci crearono affezionati clienti che non ci abbandonarono pel tratto successivo e forse neppure si decideranno a lasciarci.

Le faringiti croniche sono, per mille ragioni, di difficile cura; esse provocano sensazioni così svariate e moleste, che il trattamento, anche il più efficace, diventa sempre problematico. Voi conoscete abbastanza gli ammalati ai quali alludo. e se, come in un altro caso che abbiamo separatamente notato, avvengono piccole emorragie, allora il cliente si attacca alle vostre midolla addirittura, se vi è affezionato, o gira per tutti gli Ambulatorii della città, per ricominciare a periodi le sue peripatetiche escursioni. Pure, questo giudizio sulle *forme emorragiche*, non è sempre facile a darsi: vi sono emorragie che partono dalle coane e si credono di origine faringea; talora si trascura l'esame del petto e si disconosce una emottisi, o viceversa, si giudica per una emottisi uno sputo di sangue insignificante.

Nel fatto a cui alludo, noi praticammo con la elettro-termica la distruzione dei vasi varicosi. Così pure facemmo servire la cauterizzazione a punta in qualche caso inveterato di granulazioni, contro le quali abbiamo sperimentato quest'anno, pare con qualche profitto, le pennellazioni di acido lattico al 20 °|₀.

La *recisione dell'ugola* in varii ammalati ci ha servito come cura preparatoria alla faringite, quando quell'appendice era prolassata (*ipermegalia*). Senza essere fautori ostinati di questa operazione, noi teniamo a stabilire prima bene se l'effetto si eleva a causa, e tutto quello che v'è da sperare dalla mutilazione. Ad onta di ciò, i beneficii impromessi si fanno talvolta attendere, sino a quando cioè non si comincia a modificare la coincidente faringite.

La PARASTESIA FARINGEA, causa di sensazioni svariate di nodo, bruciore, fiamma, corpo estraneo ecc., noi l'abbiamo riscontrata 6 fiate, quando la mucosa si presentava normale e talora anemica, in soggeti eretistici, per lo più in donne isteriche.

Un insolito EDEMA CRONICO della porzione laterale sinistra dell' istmo, diffuso sino alla epiglottide ed al ligamento ari-epiglottico di quel lato, noi avemmo ad osservare in un giovane panettiere, la storia del quale fu raccolta e discussa dall'operosissimo Dott. FELICI. Tra una forma *sifilitica* ed una *traumatica* (tenuto conto del fatto che l'infermo qualche mese prima, mangiando del baccalà, sentì conficcarsi in gola una lisca che estrasse egli stesso dalla base dell' ugola) noi propendemmo per questa; e dall'adenopatia universale (che era pure marcata all'angolo mascellare di sinistra) sospettammo che l'infermo fosse nel periodo di seconda incubazione di una sifilide costituzionale. Ma appunto per la recente data della possibile infezione, noi fummo costretti a negare alla sifilide una influenza morbigena nell'affezione gutturale, dopochè l'assenza di qualsiasi lesione estranea all'edema o di compartecipazione della tonsilla (la quale per la sua struttura avrebbe di preferenza dovuto ricettare il virus), ci aveano fatto escludere l'idea di una sifilosclerosi iniziale.

In principio dell'anno scolastico ci si offrirono contemporaneamente 2 ASCESSI RETROFARINGEI IDIOPATICI, uno in adulto, un altro in un bambino. Io non poteva lasciarmi sfuggire una così bella occasione e non richiamare la vostra attenzione sui criterii diagnostici che ci devono guidare, quando si tratta di bambini, e sulla relativa rarità dell'ascesso idiopatico negli adulti.

Nei primi, la diagnosi non è sempre facile: si può credere al *crup*, se si disconosce il tumore; ad un *linfoma*, se non si tien conto di certi sintomi. Conviene tener presente il decorso, che è sub-acuto (1 mese in media), più di rado cronico (3 a 4); la febbre, ch'è remittente od intermittente; la posizione della testa, ch'è inclinata verso uno dei lati; la speciale alterazione del timbro della voce; la simultanea difficoltà della deglutizione. L'ascesso dipende, in tali contingenze, da infiammazione suppurativa dei 2 gangli descritti da GILLETTE di lato alla colonna vertebrale che, a misura che si va avanti negli anni, si atrofizzano.

Nell'adulto, invece, l'ascesso suole essere più volentieri sintomatico di *spondilite cervicale*, ma nel caso nostro esso era egualmente idiopatico. La storia era interamente muta intorno alle cause, ma certamente avevan dovuto precedere ripetuti stimoli locali. L'ascesso fu, in questo stesso caso, vuotato dal Prof. MASUCCI e ne venne fuori abbondante quantità di pus; ciò malgrado, alcuni giorni dopo, io fui obbligato a praticare una seconda incisione e la guarigione non si fece attendere.

Nel bambino, io aprii egualmente l'ascesso ed ebbi cura di metterlo subito con la testa in giù, onde prevenire accessi soffocativi.

La miglioria fu istantanea, la guarigione rapida. Nondimeno importa conoscere la facilità e la celerità con cui gli ascessi retrofaringei si riempiono, specialmente nei bambini e quanto riservati, perciò, bisogna essere nel pronostico.

Contiamo 27 casi d'INFILTRATO GOMMOSO dell'istmo e della faringe, ora in fase ulcerante ed ora no. Talfiata vaste devastazioni, tal'altra piccole perforazioni (*sifilide tubercolo-ulcerante*); qualche volta comunicazione tra palato duro e cavità nasale, donde rigurgito dei liquidi e dislalia. Vedeste pochi giorni fa, come un tappo di cotone, che consigliammo far sostituire da un otturatore metallico, corresse *ipso facto* l'uno e l'altro fenomeno. Le perforazioni del velo e la caduta dell'ugola, sono in queste circostanze un fatto molto comune ed avvengono sovente con una certa insidia, da un momento all'altro. Nel periodo d'infiltrazione diffusa del velo, quando questo si presenta rosso, tumido, abbassato, paretico, con molta facilità si scambia codesta condizione per una semplice infiammazione e mentre si prescrivono gargarismi emollienti, un bel giorno l'infermo vede aumentare i molesti fatti del rigurgito dei liquidi e cangiarsi ancora più il tono della voce. L'ulcera si disconosce pure quando ha sede nella parete posteriore della faringe; voi ne rammentate degli esempii, mentre con lo specchio rinoscopico o sollevando il velo, si sorprende la vera indole del male.

La cura locale utilmente coadjuva la generale nel concorrere a limitare i guasti: le perforazioni del velo che, in primo tempo la contrazione muscolare rende spettacolose, finiscono per correggersi benissimo, nel periodo di riparazione, grazie alla retrazione del tessuto cicatriziale. Ma i cattivi effetti di questo ci si rappresentarono in quella giovane contadina in cui era avvenuta completa adesione della rimanente porzione del velo alla parete posteriore della faringe. A furia d'incisioni col bisturi e la galvanocaustica riuscimmo a scavare una sorta di gronda, attraverso cui si ripristinò la respirazione nasale con molto sollievo della paziente.

Ed ora passiamo a rassegna le **affezioni laringee** che furono speciale objetto di studio e soggetto di parecchie lezioni cliniche.

La facilità di diffusione delle *flogosi* dalla *faringe* alla *laringe*, nello stato cronico, è provata dalla rispettabile cifra di 85 casi, la quale dice essa stessa la frequenza massima di queste forme. Di FARINGO-LARINGITE ACUTA non avemmo che 2 soli esempii; di sola LARINGITE ACUTA 7; di LARINGITE CRONICA 25.

I catarri laringei acuti, come per la corizza acuta dissi, si trascurano o si curano dal volgo, perciò ne vediamo sempre pochi

all'Ambulatorio. Non così i cronici, i quali per le molestie che provocano ed i dissesti vocali, spingono gl'infermi a consultare il medico. La disfonia, tanto nelle forme croniche che acute, e principalmente in queste, tiene ad una condizione paretica, per edema collaterale, dei tensori', a preferenza del tiro-aritenoideo interno, donde lo spazio ovalare caratteristico tra le corde, durante la fonazione. Una simile condizione ci ha insegnato che accanto alle polverizzazioni risolventi, alcaline ed ai toccamenti diretti, bisogna piazzare la stimolazione elettrica, se si vuole che la voce ritorni allo stato primitivo.

Mentre la diffusione del *catarro alla trachea* è tanto facile ad avvenire, è piuttosto raro vedere *catarri limitati* alla sola *trachea*. Ne avemmo 1 esempio, una fugace osservazione, in un lampionaro a 46 anni, nel quale la lesione tracheale pareva residuo di catarro bronchiale e procurava all'infermo una sensazione di brugiore sotto lo sterno.

Una tal condizione noi potemmo riconoscere *de visu* grazie all'esame tracheoscopico per la via della laringe.

Fu questa stessa esplorazione quella che in una donna ricettata nella Clinica del ch. Prof. DE RENZI, ci fece escludere qualunque processo endo-laringeo e riconoscere una *enorme quantità di grumi sanguigni* che riempivano la *trachea*. Il brusco irrompere del sangue e della ortopnea non poteva spiegare la vera origine della emorragia; l'autopsia svelò antichi focolai tubercolari agli apici, più recenti alla base; infarto emorragico aspiratorio.

In mia assenza, il Prof. MASUCCI ha potuto studiare e presentare a taluni di voi, 2 LARINGO-TRACHEITI EMORRAGICHE; un processo morboso molto interessante, che il MASUCCI per il primo ha illustrato in Italia, facendo notare che esso, forse, è meno raro di quello che ordinariamente credesi e che l'emorragia può avvenire alla libera superficie della mucosa, sotto l'epitelio o nella stessa mucosa. In uno di questi ammalati, il più giovane, il riassorbimento dello stravaso era stato così rapido, che quando mi fu presentato, nella seconda consultazione ch'egli fece con alcuni giorni d'intervallo dalla prima, non rimanevano se non piccoli e radi punti emorragici.

La SIFILIDE LARINGEA ha potuto essere studiata da noi sopra 15 soggetti. Essa talora si è mostrata limitata alla scatola della voce, tal'altra ha cointeressato la faringe, l'istmo, il naso.

I *condilomi piani* li abbiamo visti 1 sola volta, in una giovanetta che fu un'apparizione, nel senso che si lasciò appena vedere e scappò come una indemoniata. La diagnosi era evidente:

vi erano condilomi piani sull'istmo; questi della laringe invadevano, come d'ordinario, le pliche ari-epiglottiche ed aveano un bel colore opalino.

Io non mi lasciai sfuggire tale occasione per dirvi che oramai la esistenza di queste manifestazioni precoci è dimostrata dai fatti, ma che è oltremodo rara, starei per dire eccezionale.

Invece assai più comuni sono le *forme tardive: infiltramenti gommosi* limitati e diffusi, ulcerati o no, *pericondrite*, segnatamente della cricoide. Dei 14 casi summentovati, ho il dovere di ricordarne 3: un infiltrato delle corde con laringo-stenosi, operato di tracheotomia dal Prof. D'Antona; uno di pericondrite cricoidea, tracheotominato dal Prof. Gallozzi, ed un terzo con gomma sotto-glottica, operato da me nell'Ospedale Internazionale.

L'*infiltrato gommoso*, ancorchè circoscritto alle corde, rappresenta una forma a se, ch'io ho illustrata e che inesorabilmente produce laringo-stenosi. Rassomiglia alla laringite ipo-glottica, in quanto le corde e la mucosa della superficie inferiore infiltrate e rigide, concorrono a restringere il lume glottideo sino ad un limite estremo.

Noi ne avemmo un esempio consimile in un oste di Cimitile; il bravo Dott. Pace ne riferì la storia e formulò la diagnosi. In questo individuo la cura generale e locale fu più efficace, perchè scongiurò la tracheotomia alla quale ci faceva pensare l'angustia di quella glottide.

La *pericondrite cricoidea* produce egualmente una stenosi inesorabile a livello del glottide; nella osservazione a cui alludo, un tal Bottone, è stato singolare questo: che egli è miracolosamente sfuggito la prima volta, ad onta di una forma grave e diffusa di tutta la laringe, al taglio della trachea e vi è stato inesorabilmente condotto, in breve tempo, in questa seconda fase della malattia.

Le *gomme sotto-glottiche*, al pari di qualunque altra neoplasia in quella regione, immobilizzano le corde in modo che l'immagine laringea ricorda quella della paralisi doppia dei crico-aritenoidei postici; ma bene guardando attraverso la residuale fenditura, si riesce (forse più nella fase espiratoria) a vedere un tessuto novello al di là della rima. La diagnosi in natura si fa col criterio etiologico e con quello della coincidenza di altre gomme altrove: par vero, nel Rossi (l'infermo a cui intendo riportarmi) si cominciò con una gomma della regione pre-laringea e si terminò con gomme multiple del connettivo sotto-cutaneo, sparse, con una meravigliosa generosità, su molti punti della supeficie cutanea.

La diagnosi non è sempre facile: non vale sapere che l'individuo è sifilitico, talvolta si perdono le tracce della sofferta in-

fezione attraverso gli anni, la mitezza dei sintomi, l'ignoranza o la malizia del paziente. L'infiltrato gommoso rassomiglia al tubercolare od a quello di una neoplasia eterologa diffusa. Per vero, nel Bottone, quando noi lo vedemmo la prima fiata, avremmo creduto più volentieri ad un carcinoma e tanto esitammo, che prima di pronunziarci, ricorremmo al criterio terapeutico. L'egregio Dott. TRIFILETTI si è tanto interessato di questa storia, che ne ha pubblicato una bellissima epicrisi, fermandosi appunto sulla difficoltà diagnostica di certi casi speciali.

Un'altra storia ha parimente molto interessato il relatore Signor Dott. FELICI, perchè la infiltrazione della epiglottide era così notevole, che simulava un tumore; ma anche la cavità laringea offriva infiltrazione in varii punti e la rigidità delle articolazioni crico-aritenoidee impediva il movimento di abduzione delle corde medesime.

Tali esitanze furono maggiori in una donna, una Romana, della quale raccolse e discusse la storia il Dott. MONTI. Io, concludendo, feci rilevare quanto difficile fosse pronunziarsi per la sifilide o la tubercolosi. Oramai avendo pienamente accettato che la tubercolosi laringea può essere primaria, almeno clinicamente parlando, la integrità dei pulmoni cessa di aver valore. Affermai che i pochi caratteri distintivi della lesione locale non sono decisivi, ma li invocai tutti per pronunziarmi piuttosto per la sifilide. Che avvenne? Che poco tempo dopo si svolse sulla faringe un infiltrato gommoso il quale ulcerò. Ma mentre questo novello fatto pareva venire a darci ragione, un incidente imprevisto, per un momento, sembrò accreditare la opinione, ch'io pure professo, cioè che la laringite surta sifilitica, si mutasse in tubercolare. L'esame *micro-chimico* dell'essudato da noi raccolto dalla laringe, svelò la presenza dei bacilli di KOCH.

Epperò, in men di 1 mese l'inferma era guarita sotto il trattamento jodico e mentre non poteva parlare e deglutire (le lesioni erano estese e di carattere ulcerante) riguadagnò perfettamente la voce e la deglutizione. Non potendo (senza altro dire) per la brevità del tempo, se non raffermare il nostro primitivo giudizio, conviene soggiungere che il reperto dei bacilli ha potuto essere una circostanza fortuita, tanto più facile a comprendersi, quando si pensa che ella degeva in una sala Clinica ove non mancano inferme di tubercolosi e così malauguratamente, questo criterio tanto forte, dopo simili conclusioni, perde molto di quella importanza che a prima giunta sembrava dovesse avere.

Sopra 14 infermi di sifilide laringea, 3 volte, come avete inteso, si è dovuta praticare la *tracheotomia*. Ciò dice che la ten-

denza di questo processo è appunto verso gli stringimenti, i quali, del resto, noi sogliamo pure vedere nella convalescenza, cioè per effetto di retrazioni cicatriziali. Ma trattandosi di una malattia che può risentire i benefici effetti della cura, voi comprendete quanto importi precisare la natura della lesione locale e come convenga sorvegliare codesti infermi. Tanto, malauguratamente, non ci è concesso e per qualche ammalato, noi dovemmo personalmente interessare la longanimità dei Professori di Chirurgia onde accoglierli ed operarli, od indurti a ricoverare, come feci pel Rossi, in una casa di salute, ove pochi di voi potettero assistere alla tracheotomia. Se ciò non iscema la mia riconoscenza verso coloro che non rimasero sordi alle mie preghiere, non può trattenermi dall' esprimere pubblicamente il rammarico profondo ch'io provo, nel dovere (da questo punto di vista) menare avanti, in così disparate condizioni, l'insegnamento di Laringojatria. Ma tempo verrà che ci sarà fatta giustizia ed allora noi potremo lottare altrimenti contro le stenosi laringee ed esaurire tutte le altre misure, che sogliamo tener lontane per i pericoli ai quali espongono gl'infermi, reclamando forse da un momento all'altro quella stessa operazione che si vuole scongiurare.

Un triste contingente ci ha fornito la TUBERCOLOSI DELLA LARINGE della quale contiamo ben 31 caso. Delle 5 forme iniziali che io ammetto (ulcerosa, pericondrite aritenoidea, infiltrato delle corde, deposito di tubercoli e forma poliposa) noi studiammo abbastanza bene le prime 3; invero è risaputo quanto siano rare le altre due.

Terribile sintoma la *disfagia*, che abbiamo insegnato a combattere con la cocaina, il jodoformio, l'acido lattico. Ma senza prevenzione di sorta, come è giustizia ammettere la necessità del trattamento locale, è dovere confessare che il jodoformio, non ha, contro queste localizzazioni, nessun altro rivale.

Questi 31 caso ci potettero mettere sotto occhi tutti i rapporti tra le localizzazioni laringee e le pulmonari ed in varie emergenze vedemmo che le prime sopravvanzavano di tanto le seconde, che l'esame laringoscopico diventava un prezioso elemento diagnostico. Lo stato generale mediocre, la scarsezza o l'assenza di fenomeni toracici, la coesistenza della sifilide costituzionale, molte volte ci avrebbero tratto in inganno e lo specchietto laringeo invece ci ha fatto pronosticare tutto quello che il tempo ha messo in evidenza.

Del resto, le molte storie analoghe raccolte e discusse dai Dottori PACE, LIBERATI e FELICI e dai Signori COLELLA, COLAROSSI e FEDELE, mi decisero a farvi, della tubercolosi laringea, un trat-

tatello completo, che ora mi basta semplicemente ricordare: per terminare aggiungerò che uno di questi ammalati, presentando segni di avvanzata e progressiva stenosi, venne felicemente operato di *tracheotomia* dal ch. Prof. GALLOZZI.

Altro esempio che deve incoraggiare alla operazione, quando si è sicuri di potere un po' prolungare la vita.

Io non so quello che sia avvenuto di un altro infermo accolto nella Clinica del Prof. CANTANI e che ci fu gentilmente inviato per l'esame. In lui l'infiltrazione aritenoidea modica, impediva il movimento di separazione delle corde, restringeva potentemente la rima glottidea e mentiva una paralisi bilaterale dei crico-aritenoidei postici; ma il turgore della mucosa aritenoidea e l'esame toracico accreditarono in noi il giudizio di una tubercolosi, che fu poi confermato dall'autorevole parere del Prof. CANTANI.

Di NEOPLASIE LARINGEE, nello stretto senso, noi abbiamo avuto 7 esempii appena; ma così spiccati e concludenti, che assai opportunamente servirono a completarne lo studio.

Comincio da una osservazione di *epitelioma* del ventricolo di MORGAGNI la quale mi fornì pretesto ad una lezione clinica, nella quale io ebbi agio di esporvi tutto quello che penso relativamente alla indicazione della estirpazione della laringe. Il caso, studiato dal Dott. PACE, rivette conferma dall'esame istologico di un pezzetto a bella posta escisso e presentato al Prof. FERRARI.

Si trattava di una donna robusta a 60 anni, appena disfonica da 3 mesi, senza traccia d'ingorgo glandolare. Poche vegetazioni di carattere papillare sulla corda e nel ventricolo di destra, pallide, sessili, integre.

Era quello un caso classico che indicava l'operazione radicale: ma avrebbe la donna aggiustato fede alle nostre parole?

Avrebbe ella (che non si lagnava se non di un po' di raucedine) affrontato imperterrita tutti i pericoli che avevamo il dovere di schierarle d'avanti? Avrebbe ella, per una certa speranza di allungare i suoi giorni, accettato di vivere senza voce o con una assai umiliante che viene da una laringe artificiale, ella che teneva tanto alla sua voce e che non ci chiedeva che quella?

Qualche cosa dettale per celia, la fece fuggire; ma io l'ho privatamente riveduta, con le stesse aspirazioni, la stessa salute, le medesime condizioni.

Due bellissimi *fibromi cistici* abbiamo facilmente asportati in un giovane signore ed in una donna di servizio. Tumori unici, peduncolati, di forma tendente alla rotonda, del volume di un piccolo grano d'uva. Disfonia in entrambi, qualche accesso dispnoico. Nella donna si lasciava sentire uno speciale rumore val-

volare; nell'uomo nulla, tranne la disfonia. Il tumore fu per 9 anni disconosciuto e voi ricordate l'entusiasmo di questo giovane quando ricuperò quasi per miracolo la voce che gli faceva difetto da tanti anni!

Probabilmente un'altra piccola *cisti* ho dovuto asportare pochi giorni fa in quella contadina nella quale praticammo altresì la tonsillotomia. In lei non facemmo neppure uso dell'anestesia cocainica.

Quella donna che verso la superficie laringea dell'epiglottide presenta *due tumori simmetrici* (cisti?) grandi così da nascondere la interna cavità, elastici al tatto, levigati, rosei, è ancora objetto di studii che continueremo assieme se voi lo vorrete. Nè posso dirvi ancora il risultamento microscopico di due *grosse masse* che asportai dalle aritenoidi di un giovane militare, antico nostro cliente, sifilitico, che guarimmo altrafiata di una grave stenosi cicatriziale.

Invece io chiudo questo importante capitolo col dirvi poche cose intorno ad un tal Napoletano, un robusto spaccalegna, a 40 anni, che presentava numerosi *papillomi* sulle *corde* e nello *spazio sotto-glottico* ed era travagliato da grave, minacciosa laringo-stenosi. L'asportazione con un'ardita manovra, per le vie naturali, ardita per la urgenza della tracheotomia che poteva esser reclamata seduta stante, ristabilì ben presto la respirazione; a noi parve come se avessimo avuto la fortuna di asportare con la membrana limitante tutte le sovrastante vegetazioni.

L'infermo, illuso da tanto benefizio, dimenticò le nostre raccomandazioni; i papillomi si riprodussero ed ora noi lottiamo ancora (sebbene con molta tranquillità) contro la recidiva, cioè direi meglio la ostinazione e la persistenza di questi tumori, che mentre appartengono alla classe dei benigni, hanno, ciò che non si avvera punto negli altri, così triste tendenza.

La cura locale dei neoplasmi benigni, che noi abbiamo adunque compita con tanta fortuna, v'invoglierà a continuare uno studio così fecondo.

Menzionerò per pura curiosità scientifica un caso di LUPUS ed uno di LEPRA della LARINGE. Entrambi secondarii a forme cutanee; il leproso accolto nella Clinica del Prof. De AMICIS, che mi permise di studiarne le note laringoscopiche.

La LEPRA presenta noduli abbastanza caratteristici, pallore delle parti, anestesia e (quando v'è la forma cutanea in atto) non può creare difficoltà diagnostiche. Non così il LUPUS, che rassomiglia molto all'infiltrato gommoso. A me pare nondimeno che la predilezione per la epiglottide ed una forma dentata della stessa, che

ho visto pure in altra circostanza, possano illuminare il clinico nelle circostanze in cui coesiste la sifilide.

Permettete pure che richiami alla vostra memoria quel caso di STENOSI ESOFAGEA da ingestione di liscivia di potassa, il quale mi suggerì varie lezioni cliniche sulla topografia, l'esame, le malattie dell'esofago. È un tipo che vi servirà molto nella pratica, in ispecie se non vi sarà sfuggito quello che dissi sull'ascoltazione dell'esofago, un mezzo semiologico che coadjuva molto l'esame con la sonda, tenuto conto della poca fedeltà e della poca fortuna dell'esame con l'*esofagoscopio*.

Ed ora, o Signori, io ho riservato l'ultimo posto per quelle lesioni della laringe che, dal punto di vista clinico, meriterebbero il primo; voglio dire delle NEVROSI DI MOTO.

Le *paralisi* delle corde vocali e lo *spasmo glottico* rappresentano due condizioni morbose interessantissime, non solo per i dissesti funzionali che suscitano, ma anche per il loro significato nosografico. Il laringoscopio riconosce la paralisi e precisa i gruppi muscolari che essa colpisce; mette a loro posto quei turbamenti funzionali che, appunto per riscontrarsi in molti altri processi — di carattere interamente opposto talora — non hanno alcun significato; ma dopo questa diagnosi anatomica (dalla quale vi raccomandai di cominciare sempre le interrogazioni a voi stessi in fatto di malattie laringee riconosciute col mezzo del laringoscopio), rimane quella etiologica, che stimola giustamente l'amor proprio del medico. Or bene, in questo compito così arduo (perocchè le cause delle paralisi e posso aggiungere dello spasmo delle corde vocali, sono svariatissime), molto giova la conoscenza esatta dei gruppi muscolari chiamati in giuoco. Quella eminente legge la quale insegna che nelle alterazioni del ricorrente, le prime a risentirne sono le fibre abduttrici, ha ricevuto anche in queste 11 nevropatie, delle quali ora ragiono, una solenne conferma. Di fatti, noi contiamo 9 casi di paralisi delle corde vocali, 2 di spasmo. Tra i primi abbiamo riscontrato 3 volte la paralisi degli adduttori, 1 dei tensori ed in 5 erano interessati il crico-aritenoideo postico di uno o dei 2 lati.

Le paralisi degli adduttori e dei tensori, che aveano per esponente la disfonia, dipendevano da stanchezza, da sforzi, da esaurimento od erano effetto di precessa infezione o di cronico catarro; ma la paralisi del crico-aritenoideo postico ha sempre desta la nostra attenzione per sapere da quale causa movesse. Difatti 3 volte abbiamo trovato che la pressione dipendeva dal gozzo, 2 da aneurisma dell'arco. Qui la paralisi era unilaterale sinistra e noi

potemmo in 2 storie, raccolte dai Dottori GUERINI e D'ELIA, esagerare le nostre induzioni fino ad affermare quello che da altri era stato negato. Se la paralisi unilaterale del crico-aritenoideo postico, esclusa una causa cerebrale, deve assolutamente riferirsi ad una pressione (quando non è neppure miogenica) ed il ricorrente di sinistra ha così intimi rapporti con l'arco dell'aorta, è naturale che anche in assenza di note abbastanza esplicite per un aneurisma, è a questo che bisogna in prima linea pensare.

Con un tale ragionamento serrato, direi assoluto, poche volte si erra; se l'esame del collo è negativo e vi sono segni che farebbero semplicemente pensare all'ateromasia, aggiunta la paralisi del crico-aritenoideo di sinistra, si ha il diritto di andare al di là e supporre un sacco aneurismatico della concavità dell'arco, a preferenza di adenopatie e tumori diversi.

La pressione prodotta dal gozzo era in due donne bilaterale: da ciò paralisi doppia dei crico-aritenoidei postici, afonia e grave dispnea, in una tanto maggiore, in quanto si complicava catarro laringeo; in un giovane campagnuolo di Caivano la paralisi era unilaterale destra, ma coincideva paralisi del laringeo superiore, donde disfagia marcatissima pei liquidi ed anestesia laringea.

Il medico che si lascia sfuggire, in circostanze simili, la causa vera produttrice, indicherà pure male il trattamento e discrediterà un mezzo efficace, la elettricità, o metterà in pericolo la vita dell'infermo, trascurando d'indicare — ed a tempo — la estirpazione di un tumore al collo.

Lo *spasmo glottico*, caratterizzato da accessi dispnoici ricorrenti, talvolta frequenti e sempre allarmantissimi per l'infermo, noi lo abbiamo 2 volte studiato in adulti, una donna a 50 anni ricoverata nella 1ª Clinica Medica ed in un giovane a 25 anni che si presentò all'Ambulatorio. Nell'una esisteva del pari un gozzo, nell'altro adenopatia sifilo strumosa nel lato destro del collo.

In entrambi, però, noi accordammo alla pressione sul ricorrente tutta l'importanza patogenetica e riannodando codesti fatti alla paralisi, spiegammo queste con la pressione intensa, continua, profonda, che mette più a cimento la struttura del tronco nervoso; e con una stimolazione più lieve, lo spasmo dei tensori. Il che risponde esattamente a tutto quello che l'esperimento ha messo in rilievo circa il modo di comportarsi delle corde vocali, stimolando diversamente il ricorrente.

Prendendo punto di partenza da questi casi, io giustificai la trattazione piuttosto lunga della storia patologica delle paralisi laringee, che potei tessere sulla falsariga dei casi clinici da voi attentamente studiati.

L'intervento di 4 gozzi nella produzione di rilevanti fenomeni

laringei, mi costringe a rivocarne altri 7 nei quali, ora non esisteva nessun fenomeno contemplabile, tranne il tumore che deformava il collo, ed ora invece riscontrammo disfagia, deviazione della laringe, pressione sulla trachea, della quale grazie all'esame con lo specchio, abbiamo potuto precisare il grado ed il modo. Il gozzo talfiata era apparentemente piccolo e molestava molto l'infermo; tal'altra grande e tollerabilissimo; ora, era un lobo solo, ora tutti e due ed anche l'istmo ingrossato; qualche volta cedevole e qualche altra durissimo; ma a noi più che la diagnosi precisa della natura, premeva assodare i guasti che cagionava, se si fosse pressione, se era il ricorrente interessato.

Le quali nozioni servono assai al chirurgo che si decide a quell'ardua operazione che è la *tiridectomia*, in uno di questi ammalati eseguita con ottimo risultamento dal Prof. D'ANTONA.

Alcuni altri di questi infermi, o ricusarono l'operazione o si trovavano in condizioni tali che il tentarla era assurdo; per vero, nella donna con paralisi bilaterale, la stenosi in 24 ore progredì tanto ch'io fu chiamato a vederla quando era pressochè in fin di vita.

Gli ottimi effetti dell'*estirpazione* o della *resezione* del gozzo vi devono incoraggiare ad indicarle nei casi analoghi, ma non dimenticate che le applicazioni della corrente costante nei cosidetti gozzi vascolari, conducono a risultamenti insperati ed io ne sono quotidiano testimone.

Ho creduto, infine, intrattenermi di proposito su quelle affezioni che invano avemmo aspettato di vedere all'Ambulatorio, voglio dire della DIFTERITE e del CRUP. Ed è dopo quest'ultimo capitolo che io ho compreso esser giunto il momento di dividerci.

La scuola, quest'anno, è stata anche più fiorita ed io ne ho goduto in cuor mio; il più schietto elogio vi è sempre dovuto, compagni carissimi, perchè se laureati, voi non isdegnaste continuare l' interminabile lavoro; se ancora iscritti ai corsi, vi fu necessità cercare il modo come profittare, leggendo assieme in quest'altro libro ch'io vi schiusi davanti.

Ma dopo di aver ringraziato voi per la benevola attenzione prestatami, io sento vivo il bisogno di esprimere la mia riconoscenza al mio affezionato ajuto, il Prof. MASUCCI; ai miei fedeli assistenti Signori Dottori CARDONE e TRIFILETTI che con amore, con disinteresse e con loro personale sagrifizio, così efficacemente mi coadjuvarono.

Io solo non avrei potuto medicare giornalmente tanti infermi, prender nota di tutti, esercitare voi altri nella tecnica laringoscopica; e son certo che queste sentimento di riconoscenza, è in voi egualmente sviluppato come in me. Ond'io spero a buon

diritto che, a questa Scuola, alla quale siamo tutti così devoti, venga maggior lustro da voi ed il profitto che voi avrete tratto da questi studii, vi assicuri una carriera lunga ed avventurosa.

SOPRA UN CASO DI DIFTERIA PRIMARIA DEL CAVO NASO-FARINGEO (1).

A PROPOSITO DELLA PRETESA ANALOGIA FRA LA DIFTERIA E LA SCARLATTINA.

Nota Clinica

Del Dott. A. TRIFILETTI.

Uno degli importanti risultati, che si è ricavato dalla Storia della Patologia, è, senza dubbio, la prova della parentela fra gli esantemi acuti, l'eresipela, la dissenteria e la difteria; e segnatamente fra quest'ultima e la scarlattina, come fra un esantema acuto e l'altro, si è dimostrata una correlazione, che non può essere ritenuta del tutto accidentale. Si sono viste intere epidemie di scarlattina, come quelle succedute in Francia e in Inghilterra nel periodo del 1720-50, essere accompagnate dalla difteria faringea; anzi, la loro frequente associazione ha dato origine all'opinione, divisa fino ad oggi da molti, che le due affezioni non ne sostituiscono che una sola o per lo meno hanno una origine comune. Così, da una parte il CONDIE, l'HALLIER, lo STAR il GHISI, il SANDERSON, il RANSONNE, il MORELLI, il DEMME ed altri hanno ammesso un rapporto od una affinità tra le due affezioni, dall'altra il LITCHFIELD, il WIEDASCH, l'ENGHERAT, il LUTHELN, il LANDE ed altri hanno giudicata identiche le due malattie e dichiarate la difteria una scarlattina larvata.

Ma bisogna guardarsi dalle esagerazioni e dalle interpretazioni affatto empiriche dei fenomeni morbosi. La Società Epidemiologica di Londra, nel 1875 discutendo l'argomento, ha confermata la prevalente opinione, che cioè v'è deficienza assoluta di rapporti per potere emettere un giudizio definitivo (BARDUZZI). La quistione sulla parentela esistente fra le cennate malattie, ed in ispecie fra la difteria e la scarlattina, potrà essere risoluta quando

---

(1) Qui, alludendosi ad *affezione locale*, parebbe più acconcio dire *difterite* invece di *difteria*, ma il concetto patogenetico della malattia giustifica anche in questa circostanza la nuova nomenclatura, proposta la prima volta da Farr ed oggi accettata dai medici più distinti, fra cui il Virchow. (V. il suo dottissimo articolo dal titolo « *Barbarismen in der medicinischen Sprache* » pubblicato nello « *Archiv für pathologische anatomie* ».

saranno scoverte le cause proprie di ciascuna di esse e sarà conosciuta la natura dei virus. Nello stato attuale della scienza, a voler essere pratico, bisogna accontentarsi di una soluzione clinica. In vero, tenendo presente l'apparizione isolata di ciascuna di esse e lo svolgersi indipendente dell'una dall'altra, è impossibile parlare di una identità morbosa. E la creduta analogia deve essere valutata nel tutto insieme, cioè nel comune potere che esse hanno di contagiare o trasmettersi su vasta zona, nell'azione infettiva per l'organismo umano e nel loro favorevole sviluppo dietro a speciali condizioni atmosferiche: sebbene ancora da questi punti di vista esse presentano delle differenze. Così ad esempio, il potere contagioso e la tenacità del virus scarlattinoso sono minori di quello difterico ; le stagioni non spiegano quasi niuna influenza sullo sviluppo della difteria, mentre l'autunno e l'umidità sono favorevoli alla scarlattina; la distribuzione geografica, inoltre, è diversa per le due affezioni, essendo la difteria comune nell' India nell' Australia, ove è ignota la scarlattina (HIRSCH e GUTTMANN).

Ma, specialmente se si guardono l'anzidette affezioni dai loro singoli sintomi, dall'andamento e dalle successioni morbose vi si rilevano delle profonde differenze. Così, nell'istesso gruppo delle malattie esantematiche, che appaiono tanto simiglianti fra loro, si ha che l' esantema del vaiuolo può giungere al punto da costituire una dermatite a sè, il che non si verifica nelle altre forme cutanee. La stessa febbre presenta delle modalità: in ciascuna affezione la sua curva ha un tipo caratteristico ed è in rapporto con le localizzazioni sulla cute e sulle mucose.

Ora, la scarlattina e la difteria, sottoposte alla medesima analisi, per nulla reggono al confronto. La scarlattina, a differenza della difteria, s' inizia con febbre alta, invade raramente la laringe, non è accompagnata precocemente dall' albuminuria, non complica mai la difteria, ma è sempre da questa complicata ; infine, ha dei postumi ordinarii, come la nefrite con l'anasarca, la parotite, l'otite, il reumatismo articolare, ecc. La difteria, invece, ha per giunta dei caratteri patognomonici, come gli essudati fibrinosi, membraniformi, e le paralisi postume.

E neppure si è potuto accertare clinicamente , se le due malattie, indovate nello stesso individuo, si esercitassero una reciproca influenza. La difteria, collegandosi alla scarlattina, esacerba la febbre, aggrava i fatti locali e mette in pericolo la vita, ma non apporta alcun mutamento nello stato dello esantema, il quale segue indipendentemente il suo corso.

Lo stesso è a ripetersi per la simultanea presenza o la rapida successione di due o più esantemi acuti nello stesso individuo,

cioè per la presenza di un secondo esantema nel decorso iniziale o inoltrato di un altro. Questo è un fatto indiscutibile, benchè raro, che fa pensare agevolmente alla trasformazione di un esantema in un altro e quindi ad una identica affezione ; ebbene, nei casi attentamente studiati fu possibile accertare le note caratteristiche di ciascun'affezione e della temperatura si potette provare l'esantema intercorrente. Questi casi illustrati del THOMAS e del FLEISCHMANN sin da 1871-72, provano che quando dominano contemporaneamente parecchie epidemie. uno stesso individuo può essere colpito da più affezioni esantematiche. E, malaguratamente, questa possibilità va diventando ogni giorno un fatto ordinario, a causa dell'aumentato numero dei centri popolosi, ove le varie epidemie non scompaiono mai o si mantengono sotto la forma cosidetta sporadica, per riapparire ad intervalli variabili di tempo ed infettare insieme lo stesso individuo. Oggi, ad esempio, l'epidemia dominante in Napoli pare prevalentemente rappresentata dalla difteria scarlattinosa.

Si deve, quindi, restringere in un concetto più semplice l'anzidetta parentela, e ritenere che una forma morbosa è l'occasione prossima allo sviluppo di un'altra. I moderni patologi, andando oltre, rapportano questo fatto alla medesimezza delle condizioni di vita, che i virus di dette malattie trovano nell'uomo, che è il miglior terreno di coltura. Epperò lo sviluppo simultaneo o successivo delle cennate affezioni costituisce semplicemente una *complicanza*, cioè a dire che una nuova affezione si aggiunge a quella esistente. Così la difteria, che si collega alla scarlattina, al morbillo, ecc., costituisce una complicanza di queste malattie, come è dimostrato che la scarlattina si complica al morbillo e viceversa, o questo alla varicella e viceversa, o la scarlattina alla varicella e viceversa, o la vaccina alla scarlattina, al vaiuolo e alla varicella, ecc. I casi, in cui si è avuta questa duplicità, sono stati riferiti principalmente dai due primi autori citati, nonchè dal MONTI, dallo STEINER e dal KÖRBER.

Ho creduto opportuno, se non indispensabile, risolvere prima la quistione relativa alla pretesa analogia fra la difteria e la scarlattina, per spianarmi la via nella illustrazione di un caso di difteria nasale (1), avveratosi in un individuo, il quale era stato in così intimi rapporti con infermi di morbillo e di scarlattina, che giustamente si sarebbe pensato, non solo alla natura identica della difteria con le dette affezioni, ma ancora ad una difteria secon-

(1) Il cavo naso-faringeo, per semplicità clinica, fa parte delle cavità nasali; perciò i processi morbosi dell'una cavità sono compresi in quelli dell'altra e viceversa.

daria. Del resto, questo caso è pure importante, non solo come esempio di difteria primaria nasale, ma ancora dal punto di vista del trattamento curativo, il quale riuscì favorevole all' infermo.

Verso la fine del dicembre ultimo fui cortesemente invitato dal Prof. Massei ad assistere un suo infermo di difteria nasale, un giovine signore a nome Gustavo de Rosa, che dimorava nel vecchio quartiere di Porto, una di quelle parti di Napoli comprese nel progetto di sventramento. Mi portai subito da lui, che rinvenni in apparente stato comatoso: egli giaceva nel decubito dorsale col capo sprofondato nei guanciali, aveva il volto pallido, le palpebre socchiuse, la bocca aperta ed una respirazione affannosa e fortemente russante. N'ebbi la più penosa impressione, della quale però mi rinfrancai non poco, constatando in lui un grado febbrile non molto elevato (39°,6 centigradi), un polso relativamente frequente (120 battiti a minuto primo), una completa lucidezza di mente e la voce chiara. Nel contempo destò la mia attenzione un bambino, che giaceva nel medesimo letto di quell' infermo, apparentemente anche malato: ne presi informazione, ed allora seppi che non solo costui, ma eziandio una bambina, entrambi figli del De Rosa, erano infermi d'una malattia di pelle, diagnosticata dal medico curante per morbillo. Ed indagando ancora, mi si disse che nella stanza attiqua v'era un' altra bambina, appartenente alla famiglia Cardone, affetta da scarlattina e che in quello stesso palazzo, abitato dal De Rosa, erano avvenuti parecchi casi di simili malattie. Nei due figliuoli di costui, che furono tosto segregati, io stesso constatai la febbre ed i residui di un esantema, che avea perduto i suoi caratteri distinsivi; ma nella bambina Cardone riconfermai una grave forma scarlattinosa con febbre altissima e con ingorgo diffuso delle regioni parotidee.

Benchè non potevo dubitare dell'esattezza della diagnosi fatta, pure per avere piena coscienza del mio operato mi accinsi a visitare l'infermo; e, rimettendo ad un secondo tempo la storia anamnestica per non divagare nella diagnosi, siccome si pratica per organi facilmente esplorabili, eseguii l'esame diretto di quelle parti, che richiamavano una speciale attenzione. L'infermo si prestava a meraviglia, ed io ebbi l'agio di fare un particolareggiato esame. La cavità istmo-faringea si presentava molto arrossita e diminuita nella sua ampiezza: i pilastri ed il velependolo con l'ugola erano tanto tumidi e tesi, che si toccavano reciprocamente nella linea mediana, riducendo la detta cavità ad una rima trasversale, limitata inferiormente dalla base della lingua. Nei profondi atti respiratori ed abbassando la base della lingua, si giungeva a scorgere, attraverso detta rima, la porzione corrispondente della faringe, la quale alla sua volta era rossa e gonfia, ed in

alto andava a formare un sol corpo con i pilastri posteriori e col velopendolo. Inoltre, i bordi dei pilastri anteriori apparivano come orlati di bianco, per la presenza di una sostanza grigiastra, polposa, difficilmente distaccabile. Le rimanenti parti, comprese le tonsille, non presentavano una notevole tumefazione, nè altri punti biancastri.

L'esplorazione digitale del cavo naso-faringeo non fu praticato nel vero significato della parola, per la dovuta prudenza e perchè la ristrettezza di esso me lo avrebbe impedito, ma, introducendo con le debite precauzioni l'estremità dell'indice fra i pilastri, arrivai a palpare degli essudati ascendenti dietro al velopendolo.

Eseguendo delicatamente la rinoscopia anteriore, la mucosa nasale appariva intensamente arrossita e tumida, massime nelle parti profonde del setto e dei cornetti, ove il lume delle fosse nasali era anche occluso dalla presenza di essudati grigiastri.

L'esame rinoscopico posteriore e quello laringeo non furono eseguiti, perchè sarebbe riuscita difficile, se non impossibile, l'applicazione dello specchietto.

Il collo non faceva notare alcun che di anormale, tranne un leggiero ingorgo retro-mascellare.

Gli altri organi, come quello del respiro propriamente detto, della circolazione, della digestione, ecc., erano in uno stato relativamente sano.

Adunque, dalla presenza e dall'aspetto di quegli essudati, dall'accentuata tumefazione della mucosa, massime nel cavo naso-faringeo, e dai fenomeni generali e collaterali si poteva facilmente riconfermare la diagnosi già fatta. Però rimaneva insoluta una parte di essa, cioè doveva accertarsi se il processo difterico s'era là svolto primitivamente o era secondario alla scarlattina, o al morbillo, ecc.; il che, in quelle date circostanze, costituiva scientificamente una reale difficoltà. Se il De Rosa non presentava alcun esantema, non potevasi trascurare ch'egli avea subita l'influenza di simili malattie, quando, venendo in Napoli, era stato in intimo contatto con i suoi figliuoli e con la bambina Cardone, ed avea respirato in un ambiente viziato, come ne attestavano i molti casi di malattie infettive, che erano seguiti e seguivano nella medesima abitazione. Anzi, sapendo dalla storia patologica, che la difteria secondaria presceglie le medesime sedi del processo principale, io inclinavo a rapportare l'infermità del De Rosa alla scarlattina, siccome quella che si localizza a preferenza nel cavo naso-faringeo. In tale idea ero assistito pure dalla riflessione, che una scarlattina senza esantema oggi viene ammessa generalmente, sebbene non bisogna essere troppo proclivi ad ammetterla, perchè alcune volte l'esantema è fugace e non viene osservato, e perchè sempre

in questi casi vi è una leggiera desquamazione, per lo meno limitata alla cute intorno alle unghie (BONH): il che non si riscontrava affatto nel mio infermo. È vero pure, che la scarlattina, come gli altri esantemi, procura agl'individui che ne sono stati affetti una certa immunità, in guisa che ricadendone malati non presentano il quadro nosologico completo, ma parte o frammenti di esso. Così, si è notato in tempi d'epidemia, che i membri di una famiglia, già colpiti altre volte da scarlattina, spesso presentano affezioni, cui manca il solo esantema per essere ritenute quali casi di scarlattina; ma in queste circostanze vi si associano altre lesioni, come l'anasarca nefritico, la suppurazione del tessuto cellulare del collo, l'otite media bilaterale, l'artrite ecc., le quali riconfermano l'idea di una scarlattina (Jacobi). Nel mio infermo, però, non v'era alcuno indizio di postumi.

Nel caso in esame, adunque, sino a quel momento si poteva rigettare la forma secondaria, ma non assolutamente. Allora pensai che l'anamnesi avrebbe portata molta luce nella quistione, e mi affrettai a raccoglierla. Il De Rosa, impiegato governativo a Roma, fin dal Novembre ultimo aveva incominciato ad avvertire un'abbondante secrezione siero-mucosa, che dalla dietro-cavità nasale gli scendea in gola, producendogli una sensazione molesta e disgustosa. Nel Dicembre consecutivo, a causa dei forti freddi, crebbero i fatti catarrali, in seguito di che e dopo un certo tempo, emise dalla dietro-bocca dei pezzetti di muco indurito con odore putrido (1), ed avvertì altre note particolari, come una sensazione di calore alla testa, massime quando passava da un ambiente freddo in un altro caldo, ed un susurro alle orecchia. In questo stato di salute e verso la fine di Dicembre, egli venne in Napoli per raggiungere i due suoi figliuoli, un bambino di 4 anni ed una bambina di parecchi mesi, ammalati di febbri esantematiche. Quivi giunto, si diede ad accudire i due bambini, facendoli giacere nel proprio letto. Ma, fin dal secondo giorno del suo arrivo, avvertì un ma-

(1) Questa abbondante secrezione di muco, il quale dapprima sieroso diventa poi fioccoso ed in ultimo si accompagna a pseudo-membrane difteriche, costituisce per alcuni antori una particolare forma di difteria nasale. In effetti, Boeth e Smith (di America) ammettono due forme di difteria nasale primitiva: una *leggiera*, che esordisce con secrezione di muco dal naso, persiste pochi giorni e resta localizzata; l'altra *grave*, in cui si formano vasti essudati difterici, che si diffondono ben presto alla faringe ed alla laringe.
Il Monti (di Vienna) si associa in complesso all'opinione di questi due autori.
Il Jacobi dice che la difteria nasale si annunzia talvolta con uno speciale scolo attenuato e fioccoso, che tramanda un odore dolciastro-putrido.
Pare che nel caso in esame si abbia questa forma, sebbene circoscritta alla dietro-cavità nasale.

lessere generale, dei brividi ripetuti di freddo ed un mal di capo. Nel giorno seguente sopraggiunse la febbre e le molestie della gola si accentuarono. Innanzi ch'io avessi fatta la prima visita, passarono altri due giorni, durante i quali la febbre con il mal di gola andò crescendo, accompagnandosi a delirio notturno ed a leggere remissioni mattinali.

In somma il De Rosa, prima della sua venuta in Napoli, non avea presentato che i sintomi di un catarro naso-faringeo riacutizzato con diffusione alle tube eustachiane, ma giammai fenomeni generali, come febbre, malessere, vomito ecc. Questi ultimi, insieme al cosidetto mal di gola, (male che l'ammalato riferisce alla parte più alta della gola), erano sopraggiunti da quattro giorni, durante i quali avevano tenuto un cammino crescente. Si vedeva, perciò, una stretta concatenazione nella successione dei fenomeni morbosi, i quali si rapportavano tutti ad una sola forma patologica, alla difteria. Per un sol momento poteva ammettersi il caso raro, che l'infezione scarlattinosa e la difterica si fossero manifestate contemporaneamente con la febbre iniziale, ma subito lo si doveva rigettare, pensando che non v'era stato alcuno indizio d'esantema scarlattinoso, nè di postumi di questa malattia.

Inoltre doveva ammettersi, che il processo difterico si era svolto primitivamente nel cavo naso-faringeo, cioè non era consecutivo a quello, che appariva nella faringe. A questo riguardo è caratteristico il quadro nosologico presentato dall'infermo: tutti i sintomi da lui accusati sono sempre riferibili alla dietro-cavità nasale: da qui partono le molestie, lo scolo mucoso e quivi si osservano le note anatomiche più spiccate, restando parte dell'istmo, come le tonsille, in uno stato relativamente normale. Ricostruendo la storia patogenetica poteva ritenersi con un certo fondamento, che il De Rosa, a causa di un catarro nasale cronico, era predisposto a contrarre più la forma nasale della difteria che quella faringea o laringea, e che caduto sotto l'influenza del contagio n'era stato attaccato agevolmente. Sebbene un po' tardi e per un giro di ragionamenti, io potetti completare la diagnosi di difteria primaria del cavo naso-faringeo; e l'ulteriore decorso del morbo e la mancanza assoluta di postumi me ne diedero la più ampia conferma.

La *prognosi*, considerata per la localizzazione della malattia, era gravissima, ma per l'età dell'infermo, per il grado dei fenomeni morbosi e pel carattere mite dell'epidemia dominante era semplicemente grave. Il numero straordinario dei vasi sanguigni e linfatici, di cui è fornita la mucosa nasale, fa dare principalmente alla localizzazione una qualifica di gravità maggiore. La grande estensione della mucosa retro-faringea e la speciale confor-

mazione di questa cavità, eminentemente anfrattuosa, favoriscono le lesioni intense ed il ristagno dei prodotti patologici, e quindi una possibile reinfezione piemica dell'organismo. L'età giovine, che fa resistere maggiormente ai mali e le lesioni locali relativamente poco intense, mancandovi, ad es., uno scolo nasale icoroso ed un ingorgo ghiandolare e sottocutaneo esteso, molle, offrono degli elementi per un pronostico meno sfavorevole.

Ed ora dirò brevemente della *cura*, la quale fu diretta allo scopo di sciogliere ed allontanare gli essudati difterici, di disinfettare le località malate e l'aria ambiente, e di aumentare le forze di resistenza dell'organismo.

Qui giova fare poche considerazioni. Anzitutto, il concetto della terapia locale parrebbe contrario ai principii, sui quali è fondata la patologia della difteria. I più eminenti clinici condividono l'opinione, che la difteria sia una affezione generale. Ed in verità questo modo di vedere è abbastanza giustificato, giacchè la difteria, oltre ad essere una malattia contagiosa, diffusibile epidemicamente, e ad avere un periodo d'incubazione, è sempre collegata a fenomeni generali, come il malessere, la febbre, il vomito, la emicrania, l'albuminaria, l'adinamia, ecc.

La quistione essenziale, però, sta nel sapere se essa è una malattia generale fin dal principio, mediante infezione primitiva della massa del sangue, ovvero comincia come localizzazione infettiva della faringe o degli organi proximiori e poi si diffonde all'organismo. Le due opinioni sono divise forse da un egual numero di scienziati, ma pare che la seconda si voglia fare strada e predominare, grazie agli ultimi progressi della *batteriologia*. Si sa, infatti, che il Löffler ha riscontrato nelle parti più antiche e profonde delle false membrane difteriche il bacillo patogeno, la cui cultura isolata ora l'ha innestata sotto la cute delle cavie o di piccoli uccelli, producendo una infiltrazione biancastra emorragica nel punto d'innesto con la morte degli animali, ora l'ha inoculata nella trachea dei polli, dei piccioni e dei conigli, producendovi una grave infiammazione con formazione di pseudo-membrane. In queste, poi, ha rinvenuto il medesimo bacillo, il quale, d'altronde sembra identico a quello già scoverto dal Klebs nella stessa malattia (Uffreduzzi). Questi fatti, ad onta di molti punti controversi negli esperimenti del Löffler, autorizzerebbero a conchiudere che tali bacilli costituiscono la causa della difteria; ma senza arrischiare una conclusione definitiva, ai bacilli del Löffler e del Klebs si deve assegnare una importanza non dubbia nella produzione delle false membrane difteriche. Perciò non è azzardato, prendendo a calcolo la presenza di questi microrganismi, ammettere che la difteria costituisca prima un processo locale superficiale, poi uno più profondo e generale.

In ogni modo, pel carattere particolare dato a questa pubblicazione, la quistione dev'essere studiata clinicamente. Da questo lato, giova subito confessarlo, non si è al caso di determinare i punti di passaggio del processo, cioè quando questo da locale diventa generale: essi si seguono e si succedono insensibilmente, fuori gli ordinari mezzi d'indagine. Nella pratica si fa la diagnosi di difteria solo quando appariscono le pseudo-membrane, ma allora la malattia presenta le note costituzionali. Per altro sono registrati casi, in cui il primo sintoma è stato un'affezione locale. Il Jacobi ha notato un caso, in cui fu colpita prima la vagina e poi la faringe. Il Bayles ha veduto tratti cutanei denudati covrirsi di pseudo membrane e poscia svilupparsi la difteria. Si sono viste le ferite recenti divenire difteriche e la malattia generale cominciare da quel punto. Questi fatti, che sono tanto eloquenti, sventuratamente non si osservano spesso, nonchè offrono l'addendellato ad un'altra quistione, sostenuta favorevolmente da Heine e negata da Billroth, Roser, König, ecc., sulla identità o meno della difteria propriamente detta con la difteria delle piaghe, o, come viene chiamata da alcuni, cangrena d'ospedale. Ora, se a tutto questo s'aggiunge, che non è stata detta ancora l' ultima parola sul significato dei così detti fenomeni generali e sul rapporto che li liga con l' affezione locale, chiaramente si scorgeranno altre incognite nella soluzione del problema. Così si spiega, perchè molti clinici credono che la difteria sia una malattia generale fin dal principio.

Ciò nonostante, per il prevalente concetto patogenetico della difteria, le localizzazioni hanno la loro importanza nello sviluppo della malattia generale, ed esse possono considerarsi quali focolai di generazione e di diffusione del virus, a somiglianza di molte malattie infettive. Questo concetto della difteria, adunque, giustifica l'antisepsi locale. Ma, qualora si voglia dividere in proposito una opinione diversa, niuno può negare i vantaggi della disinfezione degli escreti e secreti patologici, i quali, ristagnando a contatto dell'aria, fermentano ed i loro prodotti sono facilmente riassorbiti con manifesto danno dell'organismo. Da quest'altro punto di vista la localizzazione difterica è paragonata alla sepsi delle ferite. Del resto, oggi a qualunque scuola si appartenga e qualunque sia la dottrina che si professa, fosse anche una di quelle riferite dianzi o tutte e due, la terapia della difteria è guidata essenzialmente da criteri clinici. Non si può disconoscere, che, quando la infezione generale è mite, si hanno i maggiori vantaggi dell'antisepsi locale, spesso dal semplice allontanamento dei prodotti patologici. Di più, gli splendidi e meravigliosi risultati, che ogni giorno si ottengono dalla medicatura antisettica nel trat-

tamento delle gravi ferite, nelle affezioni febbrili delle puerpere e nelle operazioni chirurgiche magistrali, costituiscono un fatto, che s'impone ad ogni avversa dottrina, ed obbliga il pratico a mantenere asettiche le più leggiere lesioni dell'economia. Fortunatamente possono vantarsi conoscenze molto positive circa la disinfezione dei liquidi putridi, siti in punti accessibili del corpo. È vero che si sarebbe anche più fortunati, se si fosse al caso di disinfettare l'organismo per colpire la malattia in tutta la sua estensione; ma questo è ben lungi dal potersi ottenere, e solamente nell'aumentare le forze di resistenza dell'organismo si possiede il segreto di avvicinarsi alla desiderata meta.

Esposto il concetto fondamentale della cura locale e generale nella difteria, s'intende da sè che oggi non si fa più quistione di rimedi specifici e di caustici, ma di disinfettanti, dei quali alcuni hanno anche la virtù di sciogliere o per lo meno intaccare le pseudo-membrane. La maggiore difficoltà sta nel modo di usarli, cioè nel proporzionarli al grado delle lesioni e nel combinarli insieme per avere il duplice effetto: il che significa *metodo curativo*.

Nel caso in esame la cura era stata già regolata dal Prof. MASSEI con quel tatto, che è il portato di una lunga esperienza; e se da parte mia vi fu del merito per la sua riuscita, lo si deve attribuire alla energica esecuzione e scrupolosa sorveglianza delle prescrizioni. In breve, furono praticate polverizzazioni faringee e siringhe nasali con soluzioni tiepide di resorcina, alternate con quelle d'acqua di calce; si operò la disinfezione dell'ambiente con vapori acquosi di acido fenico e di olio essenziale di trementina; si amministrò nell'acme dei fenomeni generali il solfo-fenato di chinina e s'istituì una dieta liquida di brodi di carne, di torli d'uova, di latte, ecc., accompagnata dal vino e dalla marsala, il tutto a secondo il bisogno. Le lesioni essendo avanzate, non si credette opportuno insistere sull'applicazione del ghiaccio.

Fin dalla prima medicatura l'infermo avvertì un certo ristoro, per l'emissione dalla dietro-bocca di mucosità dense, aggrumite. Gli effetti immediatamente benefici di questa medicatura di sgombero, notati da molti pratici, devono attribuirsi non solo al ristabilimente della respirazione nasale, ma ancora al favorito rilasciamento dei tessuti infiammati.

Al mattino del secondo giorno, a contare dalla mia prima visita, i fenomeni morbosi parevano arrestati nel loro cammino: l'infermo era un po' rinfrancato d'animo, avea la respirazione ed il polso meno frequenti e la febbre a 39°. Guardando la faringe, si notava che l'iniezione vasale e la tumefazione della mucosa

erano minori, e che l'orlatura biancastra rimaneva ben circoscritta. L'ingorgo glandolare non era aumentato. Allora insistendo sulla medicatura locale, i risultati furono più soddisfacenti: la respirazione nasale rimaneva libera per un certo tempo e la tensione delle parti non dava alcuna molestia. Però in quel giorno vennero fuori non solo mucosità concretizzate, ma dei brandelli d'essudati membraniformi di color grigiastro: il che significava, che già si operava il distacco delle false membrane difteriche, dopo l'eliminazione degli essudati mucosi della flogosi catarrale. Al mattino del terzo giorno le lesioni erano anche a miglior punto: la febbre segnava 38°,5, il polso 100, gli atti respiratori 25. Insistendo sulle doccie nasali e sulle polverizzazioni faringee, dietro agli sforzi di espuizione vennero fuori delle false membrane più o meno spesse ed estese. Al quarto giorno la febbre rimase al di sotto di 38°, e la medicatura locale fece emettere altri brandelli di essudati difterici. Al quinto giorno le vie nasali erano completamente e durevolmente pervie all'aria; la temperatura ed il polso normali. La mucosa faringo-nasale avea riacquistato il colorito quasi naturale e solo rimaneva leggermente tumefatta con estesi sfaldamenti epiteliali; però il suo derma era integro.

Da quel momento, cioè dopo otto o nove giorni d'infermità, assicurai al De Rosa la guarigione, la quale poi fu raggiunta con una cura locale astringente ed una generale tonico-ricostituente.

Senza andare troppo per le lunghe e per rimanere nei limiti di una nota, riepilogo nelle seguenti proposizioni le considerazioni cliniche, dettate dal caso o consigliate dalla difteria in genere: 1.° lo sviluppo simultaneo o successivo della scarlattina e della difteria, come di più esantemi acuti, costituisce semplicemente una complicanza; 2.° alcuni casi di difteria primaria si diagnosticano con difficoltà, massime in tempi d'epidemie scarlattinose, ecc.; 3° la difteria nasale è grave, ma non quanto è stata ritenuta fin ora, massime se esordisce con secrezione mucosa, ecc.; 4° la cura locale della difteria è giustificata dalla scienza e dalla clinica, e quella generale è richiesta imperiosamente dalla natura patogenetica del morbo; 5° nella difteria non si parla di rimedi, tanto meno se specifici o caustici, ma di metodi curativi, basati in generale sull'antisepsi locale. Il ghiaccio, che in primo tempo modera la flogosi, ed il vapore acquoso, che favorisce il naturale distacco delle false membrane, sono dei potenti ausili della cura.

Napoli, Febbraio 1886.

IL LUPUS PRIMITIVO DELLA MUCOSA NASALE

Per il Prof. **VINCENZO COZZOLINO.**

È da qualche anno che volevo pubblicare delle osservazioni cliniche sul *lupus primitivo della pituitaria;* ma la speranza di osservarne altri casi e la possibilità di presentare ai lettori un trattamento locale razionale, basandolo sull'anatomia patologica e sulla batteriologia di questa gravissima lesione della pelle e delle mucose, che fa parte de' *tumori infettivi di granulazione* (1) (detti prima *tumori di granulazione,* VIRCHOW; poi *tumori d' infezione,* KLEBS, COHNHEIM; *infiammazioni specifiche,* RINDFLEISCH, nei quali, oltre il lupus, si comprendono la tubercolosi, la sifilide, la morva, la lepra e l'actinomicosi); mi ha fatto sempre rimandare qualche pubblicazione al riguardo. Ma per la presente pubblicazione tralascio qualche caso osservato nel 1882 a Parigi nell'ospedale Saint-Louis sotto la guida dei due chiarissimi dermatologi professori VIDAL e BESNIER, e nel 1883 dal KAPOSI nell'ospedale di Vienna che mi diedero occasione di pubblicare nel 1884 un lavoretto di moderna terapia intitolato: *Le scarificazioni, il raschiamento, il termo-cauterio e la galvano-caustica nelle malattie della pelle del naso e dell'orecchio e della mucosa naso-faringo-laringea,* Giornale di Clinica e Terapeutica diretto da B. TESTA; come pure tralascio qualche altro caso osservato nella clinica privata ed in quella dell'ospedale clinico (ambulatorio pareggiato per le malattie dell'*orecchio, naso* e *gola*) negli altri anni, e mi riferisco solo a quelli osservati in quest' anno, che in verità debbo ringraziare il fato, perchè in men di 8 mesi ne ho osservato cinque casi, uno appartenente allo ambulatorio ospitaliero e gli altri quattro alla clinica civile.

Il paziente dell' ospedale è un giovane di anni 22, per nome Giuseppe Amato, operaio orefice, da Napoli.

Quelli della clinica civile sono un signore sui 40 anni che mi fu diretto dal Professor TEODOSIO DE BONIS; l'altro anche sui 40, dall' egregio chirurgo TEODORO MOTTOLA; il terzo di anni 55 riguarda un signore di Acerra; il quarto in persona di una signora siciliana di anni 28.

(1) Ziegler—Anatomia patologica e patogenesi, tradotta dal Prof. L. Armanni, Napoli 1884.

In altri due casi della clinica privata, l'uno in persona di un signore napoletano di anni 25, l'altro di una signorina di anni 17, si trattava di sola perforazione del setto, porzione cartilaginea, per ulcerazione scrofolosa della sua mucosa, avendo eliminato, dietro minuto esame, la possibilità della sifilide ereditaria o acquisita per innesto durante l'allattamento, dappoichè il resto della schneideriana non presentava, in entrambi i casi, che le sole note della rinite cronica scrofolosa-ipertrofica.

Dalla storia si sa che furono VILLAN e BATEMANN i primi a differenziare le lesioni cutanee della scrofola fin' allora confuse con quelle sifilitiche o di altra natura, e furono essi che introdussero il nome, abbastanza veristico, di *lupus*, che da HARDY e BAZIN, capiscuola della dermatologia francese, fu sostituito con quello di scrofulide maligna. Dal VOLKMANN poi è stato considerato quale affezione tubercoloide; dai modernissimi una *tubercolosi circoscritta della cute* e *delle mucose*, massime dopo gli studii batteriologici.

Il nome di lupus dagli antichi era stato riservato alle sole lesioni della pelle, ma poi si è esteso anche alle mucose; così l'HUGUIER descrisse l'estiomene (dal greco ἐσθίειν rodere) o lupus della vulva; HOMOLLE parlò delle scrofulidi bucco faringee; TÜRCK del lupus della laringe; BAZIN, HEBRA, KAPOSI e poi RÖSER del lupus della mucosa nasale.

In onor della verità è d' uopo ricordare che gli antichissimi scrittori avevano osservato la diffusione del lupus della cute alla cavità nasale ed anche alla tuba eustachiana, come il caso descritto da HOUGTON, ove la malattia si propagò dalle narici e dal velopendolo.

Anzi LALLEMAND era di opinione (che io non so quanto fosse esatta, perchè il lupus non dà produzione di pus abbondante) che in molti dei fatti riportati dagli antichi autori, ove un ascesso del cervello si aprì e gittò pus dalle narici, fosse questo prodotto da carie di qualche osso formante la radice del naso. Lo scrittore dell'articolo lupus del Dizionario Economico delle Scienze mediche del Levi, Venezia 1853, scrive: « le considerazioni che il LALLEMAND offre in pruova delle sue osservazioni, sono, secondo noi, soddisfacenti, e riguardano il lupo, giacchè siamo persuasi che la carie delle ossa del naso sia l'effetto di tal morbo molto più spesso di tutte le altre cause alle quali si potrebbe riferire ».

Io nel mio primo lavoro sulle malattie della mucosa nasale: *Ozena e pseudo-ozeni*, 1878, a pagina 90, dico: è possibile che taluni casi di ozena ostinati, specialmente nelle donne giovani, sieno vere manifestazioni di lupus; e parlando della diagnosi differenziale delle ulcerazioni della schneideriana, fo la differenza tra

le ulcerazioni scrofolose, sifilitiche e lupose; e dico: « la diagnosi differenziale diventa sempre più ardua quando si tratta di ulcere di lupus primitivo delle fosse nasali ». Però oggi dopo una lunga e ricca osservazione di casi il diagnostico mediante la rinoscopia mi è familiare, e credo che tanto l'anatomia patologica, quanto la batteriologia renderanno sempre più rari i diagnostici di probabilità di molte lesioni locali, e ricordiamoci che un clinico come Ricord talvolta era obbligato di diagnosticare: *sifilide possibile, scrofola possibile.*

Però non posso non esternare la mia meraviglia, come con l'immenso e quasi prodigioso sviluppo della *Rinologia*, alla quale credo di aver portato anche io qualche incremento (1); con un gran numero di tanti distinti cultori, una tale lesione rara, ma non rarissima delle fosse nasali (massime per me che osservo 700 a 800 malati di naso all'anno) che al pari della vera tubercolosi, a preferenza, interessa la porzione anteriore o cartilaginea del setto, non abbia abbastanza richiamata la loro attenzione; e ciò mi fa temere che si può forse ancora incorrere da alcuni nell' errore

---

(1) 1.° *Ozena e pseudo-ozeni.* Volume in 16.° di pag. 225, 1878.

2.° *Ozena e sue forme cliniche.* Volume in 8.° di pag. 160 con 7 figure intercalate nel testo, 1881.

3.° *Ispessimento del setto cartilagineo del naso.* Forma speciale di pericondrite costituzionale per sifilide o per scrofola. Movimento Medico-Chirurgico, 1881.

4.° *La Galvano-caustica ed il Termo-cauterio* nelle malattie del naso, della gola, dell'orecchio e loro annessi. Gazzetta di Medicina Pubblica, 1881.

5.° *Delle gelatine medicate pel naso.* La Farmacia Moderna, 1881.

6.° *L'iodoformio nelle malattie del naso e della gola.* Movimento Medico-Chirurgico, 1881.

7.° *Mixo-fibromi multipli del vestibolo delle fosse nasali, narice propriamente detta.* Archivii Italiani di Laringologia, 1883.

8.° *Epitelioma della cute del naso* (cancroide acneico atrofico) curato felicemente mediante il termo-cauterio. Gazzetta degli Ospedali, 1883.

9.° *L'Epistassi* dal punto di vista della Clinica. Rivista Clinica e Terapeutica, 1883.

10.° *Corizza Caseosa.* Bollettino delle malattie dell'orecchio, ecc. 1884.

11.° *Le Scarificazioni, il Raschiamento, il Termo-cauterio e la Galvano-caustica* nelle malattie della pelle del naso e dell' orecchio e della mucosa naso-faringo-laringea. Giornale di Clinica e Terapia, 1884.

12.° *L' Orecchio, il naso la gola e la balneoterapia.* Riforma Medica, 1885.

13.° *Alcuni nuovi e modificati apparecchi per* le malattie del naso, orecchio, gola ecc. Rivista Clinica e Terapeutica, 1886.

14.° *Un nuovo inspiratore, o inalatore nasale,* Riportato da tutti i principali giornali. 1886.

15.° *Deviazioni del setto nasale, delle ossa e cartilagini nasali.* Loro trattamento dal punto di vista medico e della simmetria del viso. Morgagni 1886.

16.° *Fibroma mollusco gigantesco del cavo naso-faringeo,* prendente principale origine dal bordo posteriore del setto, operato per le vie naturali. Rivista Clinica e Terapeutica, 1886.

17.° *Catarro faringo-nasale artritico,* e considerazioni su di alcune flogosi diatesiche delle prime vie respiratorie. Bollettino delle Malattie dell' orecchio, naso e gola, 1886.

[illegible] l'affezione in esame con una manifestazione della o-
[illegible] invece che costa caro
a [illegible] per [illegible] dei trattamenti. In-
[illegible] i pochi cenni che si trovano del lupus della schneide-
riana nei trattati classici del [illegible] e del Hebra, il quale dice:
« le mucose sulle quali si localizza a preferenza il lupus sono le
mucose della [illegible] del naso e delle cavità nasali », ed altre po-
che notizie di autori già citati e da citarsi. La letteratura moder-
na del lupus della pituitaria è molto limitata.

Così in entrambi i periodici francesi sulle malattie dell'orecchio, naso e gola, non vi è che una sola storia clinica del lupus delle fosse nasali, dovuta al DUPLAY. È un individuo di 30 anni che aveva sofferto il mal di POTT.

I trattati speciali sulle malattie della mucosa nasale che fanno parte di opere classiche di chirurgia, come il NÉLATON, il FOLLIN e DUPLAY, il BILLROTH, il BARDELEBEN ecc., non ne fanno neppure menzione.

Tutti i trattati speciali separati sulle malattie nasali, pubblicati prima del secondo volume del M. MACKENZIE (*Diseases of the Throat and Nose*, 1884), compreso il recentissimo manuale del J. MOURE (*Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne*, 1886, ed i lavori pratico-clinici del MIQUEL di Colonia (1884) neppure ne tengono parola.

Il solo M. MACKENZIE ne tesse un breve articolo e ne ammette due forme: *lupus exedens e non exedens*, cioè nell'uno prevale il processo ulcerativo che dà luogo a necrosi e perdite di sostanza; nel secondo prevale il processo atrofico, per cui raggrizzamento de' tessuti, assottigliamento delle ossa e delle cartilagini.

Ma questo articolo del MACKENZIE è abbastanza monco, e si vede chiaramente che l'autore non vi ha messo del proprio, e si è attenuto a quel poco che ha trovato nei trattati classici di dermatologia.

Il mio chiaro amico Prof. F. MASSEI nel suo pregevolissimo lavoro sulla *Faringe e fosse nasali*, scritto per l'Enciclopedia Medica Italiana, a pag. 625, si attiene a quello che ne scrive il MACKENZIE.

In entrambi i Dizionari francesi di medicina e chirurgia questo argomento non è nè punto nè poco trattato. Nel Dizionario di JACCOUD l'articolo lupus è redatto da BRISSAUD sotto il nome di *scrofulide maligne;* in quello di DECHAMBRE da Bazin.

Però entrambi questi autori ritengono possibile la localizzazione primitiva del lupus sulla pituitaria, ed anzi BAZIN ammette anche una perforazione del palato duro per lupus.

Nell'Enciclopedia Medica Italiana l'articolo lupus è redatto dal

Prof. PROFETA dell'Università di Palermo (1878), il quale parlando della sede del lupus scrive: « Non vi è parte del corpo che sia al coperto degli attacchi del lupus volgare »; e dopo aver esposte in ordine di frequenza le superficie cutanee che sono prese, per le mucose dice: « Alle membrane mucose la malattia suole estendersi dalle parti vicine; pure vi sono esempii di *lupus primitivo della mucosa del naso*, delle labbra, delle gengive, del palato, dell'epiglottide, della laringe, della congiuntiva ecc. »: come si vede, per ordine di frequenza, la mucosa nasale è messa prima di tutte le altre. Eguale ordine è conservato anche da NEUMANN.

Infine il VOLKMANN nella sua conferenza sul lupo scrive: « Ci sono casi non dubbii di affezione primaria della congiuntiva, della *mucosa nasale*, del palato, della faringe, e forse della laringe ».

Se tale è la povertà dei lavori per il lupus primitivo delle fosse nasali ad onta che da tutti se ne ammetta l'esistenza, non è lo stesso per il lupus primitivo della faringe, delle fauci e della laringe, che sono, a mio credere, certamente meno frequenti di quello della schneideriana.

Difatti sulle angine scrofolose maligne o lupus della gola, vi è un lavoro di C. PAUL, nel quale l'autore insiste sul fatto di vedere le fosse nasali partecipare all'affezione faringea, e nota che il male sembra spiegare una predilezione per la parte anteriore del setto.

HOMOLLE fin dal 1875 nella sua tesi per il dottorato si è occupato « *Des scrofulides graves de la muquese bucco-pharyngienne, angines scrofuleuses, lupus de la gorge* », che le divide in *secondarie* al lupus della faccia ed in *primitive* della gola.

Ma l'ISAMBERT fin dal 1871, nelle sue *Conférences cliniques*, descrisse l'*angina scrofolosa*, e la divise in angina *superficiale*, angina *ulcerosa benigna* ed in angina *perforante*.

Nello stesso anno FOUGÈRE sotto l'inspirazione di C. PAUL scrisse una tesi sull'angina scrofolosa maligna.

Abbiamo ancora, oltre gli articoli di PETER e di DESNOS nei due Dizionarii francesi, altri lavori su questo argomento come quello di LANDRIEUX (*Archives de medecine*, 1874); la tesi di LEMAISTRE; 1874; e le quasi recenti osservazioni di CAZIN (*lupus del velopendolo ed istmo delle fauci*), di LIBERMANN, BERINGIER e GEORGES LEFFERTS; i quali tutti oramai hanno resa comune la conoscenza di queste gravi lesioni della faringe, fauci, ecc.

Non posso chiudere questa rivista letteraria senza ricordare che sono stati i vecchi medici dell'ospedale Saint-Louis e della scuola di Montpellier, che si sono specialmente occupati di queste lesioni lupose delle prime mucose respiratorie, che essi addebitavano completamente alla sola scrofola. E sono stati anche questi che hanno richiamato per i primi l'attenzione sull'*angine diatesiche*, come

ho esposto in un mio lavoro sul *catarro artritico naso-faringeo*, che si pubblicherà nel numero di luglio del *Bollettino delle malattie dell'orecchio, naso e gola* del GRAZZI.

Bisogna anche ricordare RAYER che nel suo *Traité des maladies de la peau*, a pag. 195, parlando del lupus, scrive: « la distruzione può estendersi alla pituitaria, percorrere le fosse nasali ed anche diffondersi sulla mucosa della volta palatina fino alle gengive che si screpolano profondamente ».

Per esattezza storica ricordo pure che HAMILTON di Dublino parlò delle aderenze che si possono stabilire tra il velopendolo e la faringe, secondarie al lupus della gola, cioè le cosidette: *anchilosi faringo-palatine scrofolose* (1); ed infine in Germania, circa 35 anni or sono, il WERRNHER considerò il lupus come *una lesione distruttiva che va dalle parti profonde del naso e della gola verso la periferia*; e POHL *raccomandava di esaminare le cavità boccale e faringea in tutti i casi di lupus della faccia.*

È da sperare che anche il *lupus primitivo della pituitaria* entri nel patrimonio pratico-scientifico di ognuno ed occupi per l'avvenire nei trattati di malattie della mucosa nasale un capitolo completo a parte, come lo ha meritato il lupus della laringe, pel quale possediamo oltre i lavori esteri, uno del BREDA, professore di dermo-sifilografia nell'Università di Padova.

Fare la storia clinica di ciascun malato non si farebbe che ripetere le stesse cose, per cui parlerò della sola sintomatologia generale del lupus primitivo della schneideriana, con le dovute note speciali che hanno presentato i singoli cinque casi innanzi annunciati.

Senza dubbio il lupus è la più grave malattia delle fosse nasali dal punto di vista delle distruzioni locali che produce, dopo la sifilide ed i tumori maligni, eppure come tutti i morbi cronici con comuni e subdoli sintomi subiettivi, si stabilisce insidiosamente ed il paziente al postutto in primo tempo si crede ammalato di corizza pura e semplice, tanto più che questi individui, per le condizioni vulnerabili delle loro mucose, ne vanno soggetti. Nei casi poi di lupus per diffusione dalla cute del naso e della faccia o dalla mucosa della faringe, le cose vanno un po' diverse, come s'intende, e l'ammalato immediatamente chiama l'attenzione del curante sul naso, perchè ne vede in pericolo l'estetica.

Coi sintomi di una corizza si ha spesso il senso di ostruzione

(1) Io posseggo un caso di anchilosi faringo-palatina completa per ulcerazioni scrofolose, che operai or son tre anni felicemente con la galvano-caustica.

Ricordo anche un caso classico di lupus primitivo delle gengive, confuso con lo scorbuto, che guarì con la galvano-caustica.

delle fosse nasali per una grande raccolta di croste di color grigio o giallo-sporco.

Queste croste sono mai decisivamente gialle o verdastre e coprono talvolta l'intera mucosa nasale e si addossano l'una all'altra come ad embrice, e vengono fuori a stento. Queste croste sono caratteristiche, basta vederle una volta per subito riconoscerne la provenienza, e differenziarle dalle altre per lesioni diverse, come per rinite cronica scrofolosa, per ozena, per rinite atrofica ecc., e poi non hanno nessun fetore *sui generis*, meno quello che dipende dal loro ristagno nelle cavità nasali, o nella cloaca nasale, per l'avvenuta distruzione di buona parte del setto. Gli autori (dermatologi) dicono che il processo lupico incomincia per sua predilezione dalla porzione cartilaginea del setto nasale (1), proprio dalla sua porzione centrale, io dico piuttosto così: che può incominciare su qualunque punto della schneideriana, ma la sua prima grave nota distruttiva la dà sulla cartilagine del setto per le sue speciali condizioni anatomo-fisiologiche che dirò.

Il caratteristico solco della distruzione del setto cartilagineo si nota sul lobulo del naso nell'ultimo periodo d'invasione, a differenza della sifilide, perchè questa preferisce la lamina perpendicolare dell' etmoide, il vomere e le ossa proprie del naso. In generale può dirsi che la deformazione del naso non è così grave come nelle lesioni sifilitiche e giustamente il Kaposi che ha redatto l' articolo lupus volgare nel trattato di Hebra (*Trattato delle malattie della pelle*, tradotto da A. Suttina, tom. II, pag. 375, Vallardi, Milano 1872), quando dà le sue brevi notizie sul lupus della mucosa delle fosse nasali. così dice: « Il setto cutaneo fortunatamente non resta distrutto tanto spesso dal lupo, quanto dalla sifilide. Il naso mantiene quindi, se esso può essere conservato, dal primo momento ancora sempre un aspetto abbastanza buono, anche se il tetto nasale cutaneo ed il setto viene ritirato a scelta colla perdita, col raggrizzamento delle cartilagini che lo compongono ».

L'indole invadente, distruttrice si trova su qualsiasi punto della mucosa nasale, però in differenti periodi. All' esame istologico le lesioni elementari, nella forma di lupus sia primitivo o propagato, sono le stesse del lupus dei tegumenti cutanei.

(1) La cartilagine del setto s'insinua con la sua estremità posteriore tra le due lamine del vomere e si prolunga nella sua spessezza ad una profondità molto varia, ora difatti questo *prolungamento intravomeriano* non presenta che 6 a 8 millimetri di estensione, ora è più lungo ed acquista allora l'aspetto di una linguetta angolosa o quadrilatera. In alcuni casi giunge sino al corpo dello sfenoide: su ventidue setti, non ho visto che cinque volte la cartilagine del setto prolungarsi in tutta l'estensione del vomere. Sappey.

L'ammalato non accusa emissione di sequestri, come può accadere nella sifilide, perchè questi tessuti vengono direi quasi macerati, cioè lentamente presi dalla carie, usurati, rosi; nè l'ammalato accusa dolori sopra orbitali, nè nell'interno del naso, come nella sifilide, per periostite o osteite: e difatti, anche comprimendo fra le dita il naso, egli non accusa dolore.

La forma del naso si altera sensibilmente in alcuni; in altri, già con naso camuso, l'alterazione è notevole nel solo ultimo periodo, che consiste in un allungamento trasversale, per il rispettivo abbassamento del dorso.

In un caso, come nel signore di Acerra, per la retrazione cicatriziale della mucosa della pinna nasale destra ulcerata, si è prodotto un rattrappamento di questa che concorre a vieppiù deformare il naso, e l'ulcerazione si è diffusa pure al setto cutaneo.

Talvolta per l'abbondanza delle croste che coprono le superficie lupose è difficoltata la respirazione nasale, e la voce acquista un timbro nasale, mancandovi, o meglio viziandosi uno degli apparecchi di risonanza.

Se il lupus invade le dietro-nari, fatto non raro nel lupus primitivo delle fosse nasali, si possono deplorare anche disturbi dell'audizione, per le possibili diffusioni alla tromba d'Eustachio o per semplice occlusione della stessa, prodotta dai tubercoli luposi; dando luogo a disquilibrio aerostatico con prevalenza di pressione nella sfera media dell'orecchio, che difficulta la funzione dell'apparecchio di trasmissione. Ma io credo possibile anche una manifestazione luposa sulla mucosa della cassa del timpano per diffusione attraverso la tuba eustachiana, e difatti in un caso la sola galvano-caustica ha vinto durevolmente le granulazioni flaccide e sanguinanti della cassa timpanica. Ma su questa localizzazione del lupus, da nessuno ammessa finoggi, mi riservo di fare una comunicazione al Congresso otologico internazionale di Brusselle nel settembre del venturo anno.

Le ossa proprie del naso per l'ordinario, sono notevolmente ingrossate, ed il loro bordo inferiore forma un cercine sporgente manifesto. Anche le apofisi montanti dei mascellari superiori possono presentare un'alterazione analoga. Eguale ispessimento, però molle, si trova sul setto nasale che talvolta arriva alla spessezza di un centimetro.

È notevole che nel lupus autoctono, a differenza del lupus per diffusione dei tegumenti cutanei del naso e faccia, le cartilagini laterali del naso restano sempre intatte, soltanto nei casi avanzatissimi esse presentano delle alterazioni tardive e insignificanti.

I cornetti sono anche presi ed i più affetti sono l'inferiore ed il medio, perchè questi presentano più superficie ed occupano a

preferenza del cornetto superiore, più la porzione anteriore delle fosse nasali, ch'è la più lesa nel lupus, carattere clinico differenziale importante, secondo me; dappoichè, come ho già detto in altri lavori, la porzione posteriore è la sede prediletta dei processi cronici scrofolosi, sifilitici, catarrali semplici, diatesici ecc.

Il canale nasale rimane quasi sempre illeso, ma non mancano dei casi nei quali il suo sbocco è ostruito, e si ha l'epifera, o vi è una flogosi delle vie lagrimali; e qui prendo occasione per ricordare agli oculisti che non poche volte la cura completa e duratura delle congiuntiviti e delle malattie delle vie lagrimali è subordinata a quella de' processi cronici della pituitaria, e se associassero nelle loro osservazioni un po' di rinoscopia, molte volte se ne troverebbero contenti e darebbero in molti casi, un indirizzo razionale, patogenetico al loro trattamento.

In generale la mucosa nasale si presenta, alla rinoscopia, tutta esulcerata, con larghi sfaldamenti epiteliali, gonfia, ingorgata a mammelloni che acquistano talvolta l'aspetto fungoide, molli e sanguinanti al minimo contatto. Il suo colorito è rosso vinoso, violaceo ed è coverta dalle sudescritte croste, formate dalla desquamazione epiteliale mista a muco concreto ed a poca quantità di pus. Queste produzioni fungose si trovano più di frequente sui cornetti, sui bordi della perforazione della cartilagine e poi sul pavimento delle fosse nasali che dopo la volta è il meno esposto alle distruzioni lupose. Il loro volume varia da quello di un grano di canape a quello di un pisello, che riunendosi prendono l'aspetto di grossi tubercoli coerenti.

Oltre alla esulcerazione quasi generale della schneideriana più pronunziata nella sua porzione anteriore, vi sono dei punti come sul setto nasale, che presentano delle ulcerazioni più marcate, più profonde, dell'estensione di mezzo ad un centimetro, di aspetto atonico, torpido, e sovente sembrano molto profonde, quanto quelle sifilitiche, a causa della tumefazione delle parti collaterali, e la zona circostante è rosso-violacea o di colorito quasi normale. Il loro fondo è leggermente granulante, i bordi sono sottili, tagliuzzati, scollati in modo che il fondo è più scavato di quello che l'è apparentemente.

Si comprende da sè che nelle forme di lupus per diffusione dalla pelle o dalla faringe le ulcerazioni e le infiltrazioni lupose sono in generale più pronunziate nell'antro delle fosse nasali nel primo caso, e nelle coane e porzione posteriore di esse fosse nel secondo caso. Ma il processo ulceroso e rodente che incomincia nel lupus autoctono dalla porzione anteriore del setto, dopo aver perforato questo (momento nel quale i pazienti si accorgono di soffrire una grave lesione delle fosse nasali, perchè mediante il

loro dito mignolo si diagnosticano la perforazione), la necrobiosi a sua volta si estende talvolta oltre della cartilagine del setto, alla lamina perpendicolare dell'etmoide come in un mio malato, rarissimamente, o mai secondo KAPOSI, al vomere e alle apofisi palatine, o pavimento delle fosse nasali, fatto clinico che ha gran valore nel diagnostico differenziale tra le infiltrazioni lupose e le sifilitiche di queste regioni, perchè queste quasi costantemente, come ha fatto notare anche il DUPLAY, compromettono il palato duro, e proprio nella sua linea mediana, cioè nella sua sutura, con infiltrazioni gommose, ulcerazioni delle stesse e perforazione ossea, chiamata dal MAJOCCHI (1) *uranolisi sifilitica* (2) che presenta caratteri ben differenti dall' *uranolisi scrofolosa* e dalla *luposa* per lupus della mucosa naso-palatina.

Tengo a notare che l'uranolisi scrofolosa da molti autori è ritenuta o quale espressione di sifilide latente, ereditaria, tardiva, per allattamento, oppure in questi individui si deve ammettere la coesistenza delle due infezioni (mi si passi per ora l'aggettivo infezione per la scrofola) scrofola e sifilide, cioè le forme miste di *scrofolo-sifilide* del DEVERGIE o la cosidetta *scrofolate della sifilide* del RICORD, come dimostrerò ampiamente in un mio prossimo lavoro fondato su parecchi casi clinici sulla sifilide del naso e della faringe, o *Sifilosi faringo-nasale* come l'ha chiamata il MAURIAC. (*De la syphilose pharyngo-nasale*, Paris 1877).

L'uranolisi luposa è assai rara; anzi il KAPOSI (*Trattato delle malattie della pelle* del dott. HEBRA, vedi pag. 2, 347) afferma di aver veduto mai la necrosi delle ossa palatine in seguito a processo distruttivo luposo. Però gli altri dermatologi non condividono l'opinione del KAPOSI, ed il MAJOCCHI istesso ricorda di aver visto qualche caso di lupus, nell'Ospedale di S. Giacomo di Roma, sia a carico del labbro superiore che del naso, a cui tenne dietro la perforazione del palato duro, che spesso avviene in corrispondenza della spina nasale anteriore e del canale naso-palatino anteriore, o in un punto qualunque, mentre la perforazione sifilitica quasi sempre prende le mosse dal piano della volta palatina iniziandosi lungo il rafe palatino, ovvero, quando il processo incomincia dal piano nasale si propaga sempre per la via del setto osseo, e viene a fare capo in corrispondenza della sutura sagittale con una fistola più o meno estesa.

Vi è anche un'uranolisi per *epitelioma ulcerato* del palato, oltre

---

(1) Sifilide del palato osseo e perforazione dello stesso. URANOLISI SIFILITICA, in rapporto con le lesioni sifilitiche del cavo nasale e dei seni. Roma 1879).
(2) Uranolisi da Ουρανος « volta » λυσις « divisione » soluzione.

agli altri caratteri, non essendo l'epitelioma del palato duro che quasi sempre una propagazione delle parti collaterali, si trova che la fistola palatina nell'epitelioma ulcerato non è mai preceduta da necrosi, essendocchè le ossa per lo sviluppo sempre crescente del neoplasma vengono distrutte per usura, mentre nella perforazione sifilitica il fatto più culminante è la precedenza di un sequestro, e poi la perforazione si avvera in modo acuto, e raramente tiene un corso lento, se si eccettui la forma torpida dell' ulcera. Il modo di procedere dell'ulcera luposa è molto lento, ed impiega qualche anno, prima di portare la perforazione del palato osseo, e quando l'ulcera si è approfondita sulla volta palatina, ha già portato i suoi effetti distruttivi sugli integumenti dai quali è partita: pelle e mucose.

Le pareti laterali delle fosse nasali, cioè i cornetti, oltre alla loro tumefazione ed ai mammelloni tubercolari, nei casi gravi si assottigliano, si erodono ed aumentano la cloaca nasale che facilita sempre più il ristagno delle croste e difficulta la nettezza di essa, mediante il soffiarsi il naso, e si ha assolutamente bisogno della doccia nasale di Weber (fig. 1) o dell' irrigatore (fig. 2).



Fig. 1.

Vi hanno dei casi nei quali non è facile in primo tempo fare la diagnosi differenziale tra un' ulcerazione scrofolosa maligna del setto con perforazione, o per lupus dello stesso, ma essa riuscirà

meno difficile, se mediante la rinoscopia si trovano superficie esulcerate, o tessuti granulanti, che formano la caratteristica del lupus, tumore da granulazione, che ha per caratteristica la sua ulcerazione, ch'è l'esito ordinario della sua esistenza. Anche perchè



Fig. 2.

il lupus, per il suo carattere infettivo, per cui trovo più esatta la denominazione dello Ziegler, tumore infettivo di granulazione, manifesta la sua infettività nel sito ove si trova e progressivamente, cioè diffonde la formazione di granulazioni centrifugamente, così è difficilissimo vedere un lupus circoscritto per diverso tempo ad un punto limitato della mucosa nasale, tanto più che la formazione del tessuto cicatriziale che si sviluppa dalle granulazioni è quasi sempre impedita, per cui le granulazioni persistono ed acquistano sovente una significante grandezza che le fa distinguere per il loro aspetto flaccido fungoide da quelle delle altre flogosi.

Se i caratteri obbiettivi e clinici non bastassero, potremo giovarci della diagnosi istologica ed anche della batterioscopica.

Le ragioni perchè il processo ulceroso, perforante distruttivo del lupus e della scrofola incominciano e si espletano in breve tempo sul setto, specialmente nella sua porzione cartilaginea, io credo che bisogna trovarle nell'anatomo-fisiologia della mucosa che ricovre il setto, la quale essendo poco spessa facilmente è interessata dal processo ulcerativo in tutta la sua spessezza, e così mancando la vitalità alla cartilagine sottostante questa cade in necrosi, e la perforazione è l'esito non del processo rodente del lupus sulla cartilagine, ma la conseguenza dell' ulcerazione completa della mucosa, senza della quale la cartilagine non può vivere. Difatti la perforazione non accade, nei rari casi, nei quali succede la cicatrizzazione della mucosa ulcerata; e ben diceva il Bazin che nel lupus abbiamo più carie che necrosi ed esostosi comuni nella sifilide.

Un fatto degno da notarsi è che nelle distruzioni lupose delle cavità nasali, che per le distruzioni di gran parte del setto si fondono insieme, formando la cosidetta cloaca, non si ha quel fetore caratteristico insopportabile delle lesioni ossee per sifilide, per scrofola, per trauma, tumori ecc., e la ragione si è che nelle ulcerazioni lupose vi è poca produzione di pus, e talvolta è insignificante; eppoi non vi sono sequestri ossei.

Nei casi in cui il processo scrofoloso è molto marcato, oppure si tratta di ulcerazioni scrofolose, del resto poco frequenti, vi abbondano quelle caratteristiche croste verdo-giallastre, che emanano un fetore nauseoso, ma sempre meno ributtante e diffusivo di quello che si appartiene alle croste del vero ozena costituzionale, o *scrofulide superficiale della mucosa nasale*, come l'ho chiamato nel mio lavoro: *Ozena e sue forme cliniche*, 1883.

Nella signorina da me accennata, oltre alla perforazione del setto per scrofola vi erano tre mixomi inseriti sulla volta del naso ed una notevole ipertrofia dei cornetti e tutte le note di una scrofola torpida generale. La perforazione della grandezza di un centesimo erasi circoscritta alla porzione anteriore del setto cartilagineo.

Il Billroth nel suo articolo sulla *scrofolosi* e *tubercolosi* che fa parte della sua *Enciclopedia chirurgica*, fa notare che la mucosa nasale, dopo la congiuntiva, ma io dico al pari o meglio prima della congiuntiva, è la mucosa che più si ammala negli scrofolosi, ed oltre alle comuni forme catarrali e sue varietà così frequenti nell'infanzia; dopo l'8° ed il 16° anno di vita, ed anche più tardi, si sviluppano processi ulcerativi che conducono alla distruzione della mucosa e delle ossa, e vieppiù, io dico, della cartilagine del setto, in forma di ulcere caseose o di carie necrotiche.

Il Billroth crede che nella maggior parte di questi casi dapprima si producono infiltramenti nella mucosa o nel cellulare sotto mucoso, i quali man mano si aprono nelle cavità del naso. La loro produzione ed il loro allargarsi talora si avverano rapidamente in individui che fino a questo punto sembravano completamenti sani. È possibile, dice il Billroth, che abbiano ragione quelli, i quali considerano tutte queste malattie come sifilide congenita, tuttavia nella maggioranza dei casi è impossibile fornire la pruova, perchè ciò si possa ammettere. *In tali casi le cure antisifilitiche hanno poco o nessun risultato.*

Nelle mie osservazioni di lupus della pituitaria ho osservato in un sol caso, una diffusione alla faringe e mai alla laringe. Ma si citano dei casi, nei quali il lupus ha invaso la laringe ed ha risparmiato la faringe.

Di questa coincidenza del lupus delle fosse nasali con quello della faringe è stato Hardy il primo che ne ha parlato nel suo classico lavoro sulle *scrofulides*.

Fougère nella sua tesi parla di tre casi di ulcerazioni croniche delle fosse nasali contemporanee a quelle della faringe; ma è stato come ho detto, Costantin Paul, che nel suo lavoro, gentilmente donatomi: *De l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse*

ou lupus de la gorge, 1872, che ha parlato chiaramente della diffusione di questa lesione, ed in parecchi casi è il lupus primitivo delle fosse nasali, che precede quello della gola, fatto importante per apportare subito i pronti soccorsi della rinoterapia.

La forma clinica del lupus che predomina sulla schneideriana è il lupus *volgare*, e quasi mai lo scleroso primitivo, ma sempre consecutivo all'ulceroso, e disgraziatamente al chirurgo e al malato sfugge il primo stadio; mentre non sfugge per la cute, per le macchie di un rosso vivo o di un rosso bruno della grandezza di un acino di miglio a quello di una testa di spillo, e poi si toccano rilievi noduliformi; e per la fusione di parecchi di questi noduli si generano noduli più grossi (*L. tumido*).

Dopo alcune settimane il processo comincia le sue fasi regressive. Se i noduli sono riassorbiti, cosa molto più rara sulle mucose, l'epidermide divenuta rugosa si disquama (*L. esfoliativo*) e più tardi quei punti pigliano un aspetto cicatriziale. Se i noduli si disfanno e si aprono attraverso l'epitelio, si formano ulcere (*L. esulcerante*) di forma rotendeggiante con margini arrossiti e flaccidi e con fondo rosso granulante, secernente pus che disseccandosi forma delle croste; ed ebbene è proprio in questo periodo che si è consultati dai sofferenti di lupus primitivo della pituitaria, per cui la guarigione non è così facile, come coi presenti mezzi terapeutici succede per la pelle; cioè essa è sempre relativa, mai ad *integrum*, per le già avvenute distruzioni.

L'etiologia e patogenesi del lupus hanno subìto più di ogni altra lesione l'evoluzione dello sviluppo della microscopia, istologia e della batteriologia; e difatti prima del Koch si faceva il solo esame anatomico e dal Virchow il lupus venne classificato tra i tumori di granulazione (tubercolosi, sifilide, lepra, lupus, morva (1),

(1) L'identità patologica di questa malattia negli animali domestici (cavallo e pecora specialmente) e nell'uomo era stata già dimostrata nel 1839 da Rayer, il quale aveva inoculato con successi negli animali il pus proveniente da un tumore moccioso nell'uomo. Il merito però di aver dimostrato la natura veramente parassitaria della malattia è dovuta a Löffler e Schütz, i quali trovarono nelle sezioni dei nodi mocciosi del polmone, del fegato, della milza, delle ghiandole linfatiche, dell'ovario, dei testicoli e dei tumori della mucosa nasale una forma soltanto di bacilli, delicati, grandi all'incirca come quelli della tubercolosi e facilmente colorabili colla soluzione alcalina concentrata di bleu di metilene.

Gli innesti fatti con le culture nette di questi bacilli hanno riprodotto l'immagine tipica della malattia nei cavalli, nelle cavie, nei conigli, (non sempre nei topi campagnuoli e nei cani).

Io diunito al prof. Oreste della Scuola Veterinaria m'imprometto di studiare per bene la morva e il moccio nell'uomo che predilige anche la mucosa del setto nasale, tenendo presente il lavoro del Prof. Dottor Kabànyi di Pest, che fa parte dell'*Enciclopedia di Patologia Chirurgica del* Pitha *e* Billroth (V. I. P. II. Lez. II).

actinomicosi); ma oggi dopo la scoverta del bacillo, come tutti gli altri della sua serie hanno ricevuto anche l'epiteto di tumori da infezione (KLEBS, COHNHEIM); e di fatti questi hanno dei caratteri comuni sia istologici che batteriologici. Istologicamente si distinguono, perchè il loro sviluppo non suole passare lo stadio della formazione di fibroblasti; perchè giunto a questo grado, in alcuni già prima, si arresta il progressivo sviluppo per dare luogo ad alterazioni progressive.

Nel lupus è stato dimostrato il bacillo della tubercolosi, sebbene in minima quantità, dal KOCH, PHEIFFER, DOUTRELEPON e DEMME; e le esperienze d'inoculazione cominciate nel 1883 dal LELOIR hanno dato nella metà degli esperimenti, dei risultati positivi, constatati anche dal CORNIL, cioè una tubercolosi generalizzata nella quale i tubercoli contenevano dei bacilli e determinavano essi stessi delle inoculazioni in serie, però i risultati erano più lenti a prodursi di quando si usano i tubercoli polmonali come materiale d'inoculazione.

Infine il KOCH ha ottenuto allo stato di cultura pura i bacilli provenienti dal lupus ipertrofico, sicchè oggi con più sicurtà si può affermare che il lupus volgare, o tubercolare, ed il lupus scleroso appartengono alla classe dei tumori di granulazioni e molto affini alla tubercolosi, per cui VOLKMANN chiamò i noduli del lupus *tubercoloidi*.

Quest' identità dal punto di vista anatomica del lupus e della tubercolosi fu pure dimostrata dal FRIEDLAENDER, ed ammessa da KÖSTER, da LANG, da FOÀ, da STILLING e da CHANDELEUX.

Il nostro compianto COLOMIATTI nel suo lavoro: *Sulla natura e struttura del lupo volgare*, cercò dimostrare come istologicamente dovessero distinguersi due specie di lupus: il *vero lupus* ed il *pseudo-lupus*, e di queste due varietà, la seconda presenta tutti i caratteri che sono proprii della tubercolosi cutanea primitiva.

La differenza che passa tra i noduli del lupus e quelli della tubercolosi si è che *entrambi sono formati da un reticolo contenente nelle sue maglie cellule epitelioidi e cellule giganti, ma questi elementi del lupus non sono bene riuniti in granulazioni rotonde e ben limitate come nel tubercolo, ma si trovano ora aggruppati in masse di varia grandezza e forma, ed ora a modo d'infiltrazione uniformemente diffusa. Dippiù il reticolo del nodulo del lupus volgare è percorso dai vasi e quello del tubercolo no, da questo ne deriva la conseguenza importante che il nodulo luposo si conserva pressochè nel suo stato normale, talora per molto tempo; mentre quello tubercolare, sfornito di vasi che gli portano il plasma necessario per la sua nutrizione, va soggetto presto alle metamorfosi regressive.*

I nostri Gamberini e De Amicis dubitano assai dell'identità del lupus con la tubercolosi, ed egualmente pensano quelli dell'antica scuola francese. Io dico, è buono attenersi all'idea che il lupus non è che una modalità della infezione tubercolare della pelle e mucose, la quale conserva in sè stessa poco del principio virulento etiologico, per cui la denominazione di noduli tubercoloidi del Volkmann parmi indovinata.

Il De Amicis che nelle sue ricerche microscopiche e microchimiche, eseguite unitamente al Dr. Melle, mentre ha fatto rilevare l'esistenza del *bacillus leprae* scoverto da Hansen e ben studiato da Neisser non solo nei tubercoli, ma anche nel sangue e nei liquidi di escrezione; pure non ha rinvenuto il bacillo esaminando dei pezzi di tessuto luposo e trattandoli con i metodi di colorazione conosciuti, sia con quello del Weigert, sia con quello di Ehrlich e sia con il metil violetto; però il chiaro dermatalogo non si arresterà a questi primi risultati negativi, e si propone di ripetere gli esperimenti per la ricerca del bacillo del lupus, come consiglia il citato Doutrelepont di Bonn, il quale afferma di averli ritrovati col metodo di Koch in sette casi. (*Prelezione al corso di dermo-sifilografia* dell'anno 1883-84).

Ma oggi si va ancora più avanti negli studii etiologici e patogenetici di molte lesioni locali , così recenti lavori ammettono una specie di bacillo tisogeno, o meglio scrofologeno, nelle manifestazioni scrofolose, percui v'è chi ritiene questa malattia anche un'infezione cronica prodotta dal suddetto bacillo. Difatti negli ascessi freddi sottocutanei, oltre alle cellule giganti caratteristiche delle produzioni tubercolari, si contengono nelle loro pareti anche dei bacilli della tubercolosi. Il pus di questi ascessi non contiene quasi mai i batterii della suppurazione.

Questi bacilli sono in numero molto scarso, come hanno dimostrato Malassez, Schlegtendal, Castro Soffia ecc.; ma le inoculazioni praticate negli animali hanno costantemente dato la tubercolosi sperimentale.

Però queste vedute sui prodotti della scrofola hanno la loro antica origine; cosi vediamo che per opera di Bayle e di Laennec costituitosi la specificità del tubercolo, la scrofola corse pericolo, come ben dice il Dr. Sebastiani Giovannini (assistente di dermo-sifilografia nell'istituto clinico di Bologna, nel suo accurato *Studio sulla scrofola e sifilide* (1884)) di perire per essere identificata alla tubercolosi ; e la degenerazione caseosa , considerata già come materia scrofolosa, si reputò invece come un prodotto caratteristico del tubercolo. Si deve al Virchow che dimostrò che la sostanza caseosa che gli autori sopracitati avevano fatto derivare esclusivamente dal tubercolo, non è che il

prodotto di una metamorfosi regressiva, la quale può sopravvenire nei tessuti malati i più differenti, e quindi può essere un esito anche della inflammazione speciale scrofolosa.

Questo profondo osservatore non mancò di far rilevare la grande *affinità* esistente tra la flogosi scrofolosa e la tubercolosi, non che la loro *coincidenza* e la loro *frequente* successione.

A tal proposito però piace notare che io non posso condividere l'opinione del Volkmann (*Sul carattere ed importanza delle flogosi fungose articolari* pag. 39, 1883) che cioè: *certe forme gravi di ozena dipendono da una locale tubercolosi miliare*, perchè mai si notò nell'ozena, anche il più ostinato, ulcerazioni di qualsiasi natura, come dovrebbe accadere trattandosi di tubercolosi miliare, per la necessaria regressione del nodulo tubercolare.

Ora si può comprendere che si possono avere delle manifestazioni scrofolose e divenirlo scrofoloso senza bisogno di una precedente diatesi ; e che non fa bisogno assoluto della scrofola per ammalarsi di lupus come pensavano gli antichi autori, perchè il lupus può colpire anche gli individui immuni della scrofolosi. Ciò nondimeno se il lupus volgare, tubercoloide, non deve essere più considerato come una manifestazione esclusiva della scrofolosi, pure la clinica e la batteriologia riconoscono che la scrofola è una quasi necessaria condizione al suo sviluppo. Ma un altro rapporto che a me preme studiare, si è quello che alcuni hanno messo tra il lupus e la sifilide, e difatti Martin, Wilson, Wagner, Hebra, Wilssden, Veyet, Baerensporurg ed altri sostengono, come scrive il prelodato Giovannini, che un buon numero dei casi di lupus sono il prodotto della sifilide ereditaria. È questa una asserzione falsa se si vuole considerare in modo assoluto, ma se si considera che la sifilide ereditaria agevola lo sviluppo della scrofola, essendo ormai noto in clinica l'influenza che scrofola e sifilide si esercitano reciprocamente l'una aggravando le manifestazioni dell'altra o rendendole più profonde, più regressive ecc. Insomma la sifilide dei genitori avrebbe il potere di generare nei fanciulli quello stato di debolezza costituzionale che, nelle condizioni ordinarie, sembra assolutamente indispensabile per l'attaccamento della tubercolosi.

La somiglianza esiste solo dal punto di vista anatomo-patologico di alcune lesioni per cui Virchow li chiamò tumori linfatici o di granulazioni, come le neoproduzioni del lupus e le gomme sifilitiche. Però Kaposi ritiene che i noduli del lupus biologicamente si distinguono in modo essenziale da quelli della sifilide, giacchè *nel primo caso una parte del tessuto morboso si organizzerebbe in connettivo giovane, mentre nel secondo questo non avverrebbe mai, per la semplice ragione che l'infiltrazione dei globuli bianchi, che costituisce il nodulo sifilitico, suole d'or-*

dinario subire prontamente la degenerazioae granulo-grassosa e in questo stato, o è riassorbita o si scompone. Tanto nelle neoformazioni del lupus, che nelle produzioni sifilitiche, come papule, gomme, ulcerazioni della cute, si riscontra un elemento comune, cioè: *la cellula-gigante*, ma questo fatto non ha un'importanza speciale, poichè, come hanno dimostrato, fra gli altri Köster, Guffini, Colomiatti, Baumegarten, Browiz, Tizzoni, De Luca, De Amicis, le cellule giganti non sono che un *prodotto infiammatorio secondario, che si riscontra da pertutto dove vi ha una forma di connettivo malato e transitoriamente lussureggiante.*

Dal punto di vista clinico vi è molto somiglianza del lupus con certe manifestazioni sifilitiche, specialmente le manifestazioni della sifilide ereditaria, che si presentano sotto la forma di tubercoli cutanei con diffusione serpiginosa, di angina gommosa seguita non di rado da guasti molto profondi. Per l'ordinario, come dice Kaposi, quando si valutano convenientemente il modo d'esordire della malattia, il suo decorso, la sua apparenza clinica, e il modo d'agire dei medicamenti in essa usati, è sempre possibile un giudizio esatto. Così le ulceri del lupus si formano lentamente con poco o nessun dolore, quelle delle sifilide invece sono dolenti, e si manifestano in maniera relativamente più rapida, qualche volta quindici giorni bastano a produrre l'ulcerazione. Inoltre le ulceri del lupus sono piane, hanno un fondo ed un orlo floscio, rosso, granulante, e che dà facilmente sangue, mentre quelle sifilitiche hanno il fondo coverto d'uno strato lardaceo e resistente. Oltre a ciò, mentre nella sifilide può svilupparsi in breve tempo un grosso nodulo, nel lupus un tale nodulo grande non si produce che nel corso di mesi, per unione e progressivo lussureggiamento dei noduli più piccoli profondamente infissi nel corion, coi quali suole manifestarsi il lupus.

Vi è una manifestazione rara della scrofola maligna sotto forma di tumori cutanei che ha avuto diversi nomi, così Rayer la descrive con quello di *tubercoli scrofolosi* sottocutanei, Hardy di *scrofulidi flemmonose;* Despres, Vidal, Besnier di *gomme scrofolose*, le quali secondo questo ultimo autore potrebbero svilupparsi ancora nelle glandole linfatiche, nei muscoli, nelle guaine dei tendini, nelle aponevrosi d'inserzione, nel periostio e nella cavità *bucco faringea*. Ebbene la natura tubercolare di questi noduli o gomme scrofolose, intraveduta da Delpech e da Bazin, è stata ripetutamente riconfermata dal punto di vista anatomo-patologico da Bizzozero, Besnier, e Brissaud ecc.; ma per ora mancano gli studii batterioscopici e sperimentali per sancirne la specificità assoluta. Dr. J. Rabl nel suo studio « *Contribuzione alla*

cura delle affezioni scrofolose. Clinica di Vienna, Maggio 1886 » chiama questa lesione anche *gomma tubercolare* e per la terapia dice: « per soccorrere realmente l'infermo, noi dobbiamo incidere la gomma scrofolosa, non appena si nota la fluttuazione, dobbiamo vuotare tutto il suo contenuto, costituito da liquido e da tessuto di granulazione, e determinare la riunione diretta delle superficie cruenti mediante una fasciatura compressiva ».

Ho voluto ricordare questa grave lesione scrofolosa del resto abbastanza rara fuori il tessuto cutaneo; affinchè si tenga presente in un diagnostico differenziale tra lupus, sifilide, scrofola maligna e sue forme.

Trattamento. Nel *Dizionario Economico delle Scienze Mediche* compilato da M. C, Dr. Levi tom: III, parte I. è scritto che il lupus fu considerato da Sauvages come una specie di cancro, e lo chiamò *cancer lupus*.

Era dagli antichi egualmente conosciuto sotto l'appellazione *noli me tangere*, e fu assegnato questo nome secondo alcuni scrittori, perchè gli antichi autori supponevano che la materia icorosa formata dalle parti ulcerate fosse contagiosa, così, ripeto, fu assegnato questo nome per includere l'avvertimento di guardarsi dal contatto di una cosa che produceva tali effetti orribili e deformanti.

Altri dicono, con maggior probabilità, che il *non mi toccare* riguarda la inutilità di adoperare rimedii topici nella sua cura. Comunque sia, è una malattia che deve essere stata conosciuta fin dalla più remota antichità, e Celso la distinse chiaramente dal cancro con il nome di *cacoethes* e propose dei rimedii, quale l'arsenico per uso locale come l'escarotico il più confacente, limitando le escare alle sole parti toccate immediatamente.

Rimando il lettore a tutti i trattati sulle malattie della pelle, alle monografie, come quelle di Besnier. « *Le lupus et son traitement* », 1883 e l'altra del 1885, sullo stesso argomento, pubblicate negli *Annales de Dermatologie et de Syphilographie*, per chi amasse sapere lo svolgimento storico completo della cura generale e locale del lupus cutaneo, ed io mi limito soltanto ad esporre quanto ho ottenuto dai suoi nuovi metodi di cura e quanto ho creduto di aggiungere per risolvere alla meglio il difcile problema del trattamento nel lupus della mucosa nasale.

Sorvolando sul trattamento interno fondato una volta sull'uso generoso dell'olio di fegato di merluzzo (400 a 1000 grm.) sui preparati iodici (iodo, ioduro d'amido, ioduro di potassio) sul solfo, sull' arsenico ecc.; dal quale esclusivo trattamento interno nessuno ha potuto ottenere un qualche apprezzabile risultato. E vi ha dippiù che nei sofferenti di lupus divenuti sifilitici,

l'ioduro di potassio, anche amministrato a dosi generose, come assicura l'autorevole Besnier, limita il suo effetto alla sola manifestazione sifilitica, ed il lupus resta assolutamente indifferente; tanto è ciò vero, che si può essere sicuro che nei casi che si è vantata una guarigione si è commesso un errore diagnostico scambiando un sifiloderma per lupus volgare, presentando talvolta la diagnosi differenziale delle gravi difficoltà, anche ai clinici i più provetti e rotti nel diagnostico a tutte le minuzie.

Questa notizia servirà di guida a coloro che abbandonano qualsiasi lesione ossea o cartilaginea dello scheletro nasale alle sole cure generali, e non si ravvedono neanche dopo anni ed anni di cura; non riconoscendo altre cause all'infuori della sifilide e della scrofola: ed anche, io dico, che si trattasse di lesioni ossee sifilitiche e vieppiù scrofolose il trattamento locale diunito all'accurata nettezza locale, fa conseguire in più breve tempo e con minori danni del paziente la guarigione.

Per l'avvenire si badi a giudicare sempre *de visu* lo stato delle cavità nasali, mediante la facile rinoscopia, e non si architettino diagnosi solo sul cattivo odore e su di un po' di secrezione abbondante e si smetta per decoro della moderna chirurgia di affidare la cura locale di tutte le lesioni fetide costantemente al famigerato e dannosissimo ipermanganato di potassa.

Con ciò non intendo abolire totalmente il trattamento interno nel lupus, che sarà sempre il tonico ricostituente, e se volete anche l'uso dei preparati iodici, ma esso non varrà che a migliorare lo stato generale dell'organismo, le sue condizioni scrofolose, ma mai e poi mai farà guarire una manifestazione luposa, che come lesione esterna, ha bisogno del trattamento locale, fondato su principii scientifici; viceversa basta questo solo per conseguire la guarigione in poco tempo, mentre ripeto ancora una volta, il trattamento interno anche praticato per un secolo non farà migliorare di una linea la superficie luposa.

I principii scientifici sui quali si deve fondare il trattamento locale sono: tutti i mezzi che distruggono meccanicamente e chimicamente gli elementi luposi; tutti quelli che determinano nella regione invasa una flogosi essudativa ed eliminatoria, di media intensità, sono de' processi *curativi*.

Ma tra tutti questi processi curativi: *causticazione*, *asportazione*, *raschiamento*, *scarificazioni*, *agopunture*, *galvano-caustica*, *termo-cauterio;* per la mucosa nasale, boccale e faringea bisogna preferire il metodo delle cauterizzazioni interstiziali col galvano-cauterio e talvolta anche con il termo-cauterio, con istrumenti galvano-caustici appropriati, in gran parte ideati dal Besnier (aghi semplici e multipli, coltelli galvanici, scarificatori e bottoni) e fab-

bricati dal Mathieu, i quali procurano la guarigione con poca molestia del paziente. Io chiamo la cauterizzazione interstiziale nel lupus delle mucose il metodo di cura semplice e razionale per eccellenza, non richiedendo in precedenza altro che la sola nettezza scrupolosa della mucosa nasale per metterla tutta allo scoperto.

Eppoi i metodi sanguinanti, come ha sostenuto il sullodato prof. Besnier, facilitano l'assorbimento del bacillo e l'evoluzione di una possibile tisi (auto-infezione), dappoichè l'illustre clinico ha dimostrato che il lupus tubercoloso locale, può divenire il focolaio di un'infezione generale, per cui il suo trattamento, in virtù dei moderni studii batteriologici, sarebbe una possibile profilassi della tubercolosi generale. Sicchè anche da questo punto di vista è gravissimo un errore diagnostico, oppure disconoscere l'importanza del trattamento essenzialmente locale: dappoichè oggi è un errore dire lupus scrofoloso, lupus sifilitico ecc., essendo il lupus una affezione a sè, tutta propria, e che la scrofola non rappresenta nè più nè meno che il terreno opportuno per la ricezione e la germinazione e sviluppo dell'elemento luposo, essendo il lupus una lesione cagionata da causa esterna che ha una propria e sola unità nosologica.

Insomma il concetto è questo, prima il lupus era ritenuto un sintoma della scrofola, oggi è un morbo a sè indipendente dalla scrofola, cioè non vi è un rapporto di assoluta causalità fra loro, ma soltanto di predisposizione di terreno che la scrofola prepara al lupus; ed in onor del vero fu il Virchow che per il primo ha negato ogni relazione di causalità tra la scrofola ed il lupus elevandosi contro la scuola francese capitanata dal Bazin che considerò la malattia in esame una *scrofulide*.

Ora sapendosi che la causa generatrice dell'elemento luposo o tubercoloso, viene dal di fuori e non dal di dèntro (non potendosi ammettere la sua generazione spontanea), il trattamento locale che distrugge le neoproduzioni granulanti e che sostituisce a questo un tessuto connettivale cicatriziale, indifferente, è il rimedio sovrano di queste lesioni, che altre volte si affidavano alla sola cura interna.

Oltre il radicale trattamento con la galvano-caustica nel lupus della pituitaria che a seconda dell'estensione e profondità del male ne fanno bisogno da 30 a 40 applicazioni: io mi sono molto giovato de' seguenti rimedii, che hanno certamente agevolata la guarigione.

Ho ordinato che il paziente durante la giornata, con il mio inspiratore o inalatore nasale (fig. 3) disinfetti la mucosa nasale, mediante il creosoto, l'acido fenico ecc.; ed alla sera dopo una esatta nettezza delle fosse nasali, o della cloaca nasale, per l'av-

venuta perforazione o distruzione completa del setto cartilagineo, mediante la doccia nasale fatta con acqua tiepida e sale comune o meglio con dell'acido salicilico, dell'acido timico, fenico, dell'asettolo ecc., fo praticare delle polverizzazioni internasali

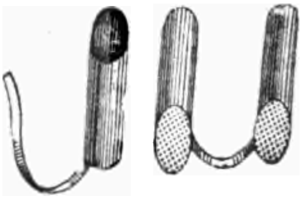


Fig. 3.

(con una cannula bucherellata ai soli lati, che s'innesta al polverizzatore onde impedire che la soluzione cada nella dietrogola, ma solo fuoriesca per le narici, tenendo l'infermo il capo curvo in avanti) di una soluzione di acido lattico al 10 °[, o al 15 °[. Una soluzione più concentrata mi è servita per medicare con bombagia le ulcerazioni lupose: (acqua distillata gr. 20, glicerina gr. 10, acido lattico gr. 4 a 6) dopo aver distrutto mediante la galvanocaustica i mammelloni di granulazioni. Con questa medicatura, all'acido lattico si opera direttamente sulla causa del lupus, sul bacillo, come si è fatto con discreto risultato per la tubercolosi in generale dal KRAUSE di Vienna e sulla laringea dal JELINEK, da altri e da me che non posso condividere i gravi timori del MASINI, nè il suo assoluto nichilismo terapeutico dell'acido lattico nella tisi laringea. Sono con lui se egli ha inteso dire che l'acido lattico, vale quanto il iodoformio, quanto ogni altro rimedio in tale malattia, dal punto di vista della guarigione assoluta.

Nei casi in cui il processo scrofoloso sulla schneideriana è

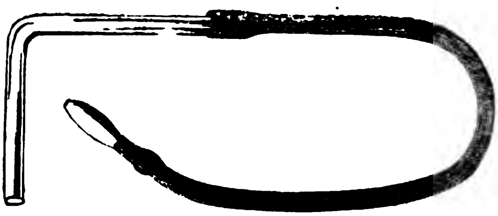


Fig. 4.

molto manifesto fo insufflare, mediante il presente insufflator

(fig. 4) dopo la doccia nasale di nettezza, la seguente polverina:

Iodoformio ben polverizzato o jodolo (1)	grammi	5
Acido borico porfirizzato	»	6
Resorcina.	»	3

E se la secrezione delle croste è molto abbondante allora preferisco quest' altra:

Iodoformio o jodolo gram: 5, Alluminio-aceto-tartaico-glicerato gram: 2 o alluminio-aceto-glicerato gram: 3.

Quando l'ammalato per le sue occupazioni non si è potuto sottoporre al trattamento radicale della galvano-caustica, mi sono giovato dell'acido pirogallico in applicazioni dirette sotto forma di pomata alla vaselina (2 a 5 su 10) che ho fatto seguire immediatamente alle scarificazioni e raschiamenti praticati mediante lo scarificatore nasale (fig. 5) dopo aver praticata l'anestesia locale

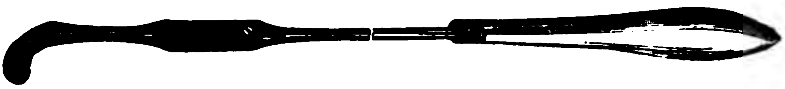


Fig. 5.

con la cocaina. Ma questo metodo sanguinante e dolorosissimo che può praticarsi anche per il lupus dell'epiglottide e delle false corde vocali, mediante lo scarificatore laringeo (fig. 6); e sulla fa-

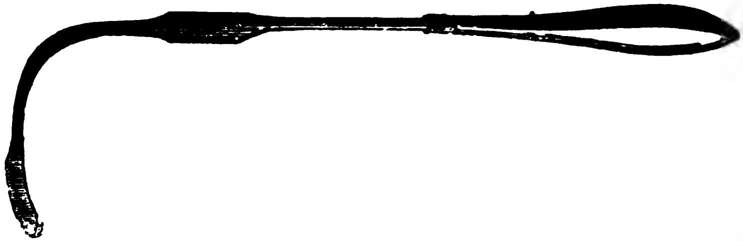


Fig. 6.

ringe, mediante il raschiatore faringeo (fig. 7), istrumenti da me

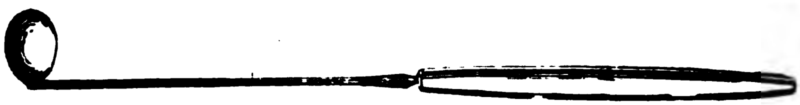


Fig. 7.

adattati a queste regioni, sono da posporsi sempre alle causticazioni interstiziali mediante la galvano-caustica.

(1) L'jodolo, o come si chiama in chimica il tetrajodolo, è una polvere lucida chiara, quasi completamente inodore, e si è usato dai chirurgi qual succedaneo dell'iodoformio ed ha il grande vantaggio di essere inodore. Pochissimo solubile nell'acqua, solubile in tre parti di alcool, però una piccola aggiunta di acqua basta per precipitarlo, mentre con l'aggiunta della glicerina

Nel mio citato lavoro sulla terapia moderna di alcune lesioni della pelle e delle mucose, paragonando le scarificazioni al raschiamento ho scritto: « La superiorità delle scarificazioni sul raschiamento non ha bisogno di essere rilevata, basti dire soltanto che con l'ago scarificatore si opera con più sicurezza e più volontà dell'operatore, e poi la cicatrice lasciata dal raschiamento non è così bella come quella prodotta dalla scarificazione. Per il lupus delle mucose naso-faringea e laringea e del padiglione dell'orecchio la scarificazione si deve usare a preferenza ». Ma ripeto che chi vuole ottenere pronti e sicuri effetti nel lupus delle mucose si affidi esclusivamente alla galvano-caustica, nel lupus della cute anche al termocauterio unici mezzi per impedire la recidiva, la propagazione del male e per far ben sopportare la medicatura al paziente.

Conclusioni.

È indubitato che vi esiste una manifestazione primitiva del lupus sulla mucosa nasale, la quale esercita la sua azione distruttrice specialmente sul setto cartilagineo.

Il lupus della mucosa nasale è il più frequente di tutte le altre mucose (laringe, faringe, congiuntiva, vulva ecc.), per cui è un morbo primitivo della schneideriana niente rarissimo e che spesso si confonde con una lesione sifilitica tardiva, ereditaria, massime quando ha prodotta la perforazione o la completa distruzione del setto cartilagineo.

Il lupus delle mucose ha caratteri tutti proprii e basta osservarne un caso sotto la guida del maestro per non più disconoscerlo.

Il suo trattamento razionale è tutto locale, come succede parimenti per il lupus della pelle, e si fonda principalmente sulla distruzione de'noduli mediante la galvano-caustica, sulla nettezza e disinfezione delle fosse nasali.

Qualsiasi altro trattamento non approda a nulla e non mette alcuna diga al processo luposo invadente più in superficie che in profondità.

È dovere del dermatologo di osservare le mucose delle prime vie respiratorie in ogni caso di lupus della faccia e della pelle del naso; e solo così si potrebbero registrare più casi di lupus della mucosa nasale, e non ritenere infinitamente rara questa localizzazione primitiva del lupus.

---

l'jodolo non precipita. Ha l'altra gran proprietà di non produrre avvelenamenti generali, come l'iodoformio usato quale antisettico su larghe superficie, e poi si evita la formazione delle croste. Il suo prezzo è abbastanza modico. Io l'uso con vantaggio già da un anno nella terapia di quelle malattie auricolari, nasali, e faringo-laringee che meritano l'uso locale dell'iodoformio; massime negli individui schifiltosi al puzzo dell'iodoformio.

SULLA CURA LOCALE DELLA TUBERCOLOSI LARINGEA

(PERIODO ULCERANTE) CON I MEZZI CHIRURGICI

Pel Prof. F. MASSEI.

Le novelle applicazioni dell'acido lattico alla cura locale della tubercolosi laringea, hanno risollevate, nel mondo scientifico, tutte le questioni relative alla curabilità di così ribelle malattia, ed è strano che, sebbene si tratti di un processo malauguratamente comune a vedersi, le opinioni siano assai controverse.

La Società laringologica francese, ha, con molto criterio, portato alla discussione l' importante problema, e tra coloro che se ne sono occupati, si è sopra tutti distinto il Dr. Hering di Varsavia, un bravo giovane laringoscopista ch' io ho avuto il piacere di conoscere a Milano.

Hering confortando la sua diagnosi col reperto microscopico, ha riferito sopra 30 osservazioni 4 guarigioni ottenute con l'acido lattico. Come di leggieri s'intende, questi risultamenti scuotono profondamente gli animi, in ispecie quando si è in grado di vedere molti ammalati simili e sperimentare molti rimedii.

L'acido lattico, da osservazioni mie e del mio Collega Masini O. (per non parlare che delle pubblicazioni fatte al riguardo) è un rimedio *niente* superiore agli altri, fosse anche *meno* efficace. Come spiegare queste rilevanti divergenze? È questione di metodi di applicazione? Io credo di no: nel problema terapeutico, ha grande valore il concetto patogenico. Allo scopo di ripresentare la vertenza, io mi son deciso a pubblicare, anche in questi Archivii, un breve lavoro che feci leggere nell' ultima tornata della detta Società laringologica: vò riprodurla integralmente, tradotta in italiano, non ch' io abbia la pretenzione di aver detto l' ultima parola, ma per mostrare quale debba essere l'indirizzo più positivo in così dilicata faccenda. Per decidere, bisogna essere imparziali, mettere assolutamente le prevenzioni e parlare un linguaggio veritiero. S'io mi sia fedelmente attenuto al programma, lo giudichi

chi legge. Devo premettere che la mia comunicazione fu mutilata in alcuni punti interessanti, ond'io per una rivincita di amorproprio, rimedio ora alle omissioni.

Seduta del 29 Aprile 1886.

Ha la parola il Dr. MOURA per leggere la memoria di MASSEI.

Miei cari Colleghi.

La cura locale della tubercolosi laringea è un grande problema, scientifico ed umanitario, che con molto senno è stato proposto per la discussione. Nel desiderio di contribuire anch'io, per quanto è nelle mie forze, a questi importanti studii, cercherò di limitare le risposte al quesito messo, risparmiandomi di tessere la storia di questa terapia, ed istituendo un parallelo tra i varii metodi ed i varii rimedii proposti e sperimentati.

Permettetemi solo che prima d'incominciare la mia rassegna, io ricordi lo forme iniziali della tubercolosi laringea, per le quali intendo appunto quelle lesioni che si osservano nella laringe in seguito alla presenza del tubercolo, senza le possibili complicanze secondarie (la condrite e la pericondrite) che tanto volentieri concorrono a mascherare il principale elemento causale.

Questo non è un lusso, bensì uno schema indispensabile per stabilire solidamente le basi del trattamento; ma dacchè la occasione mi si presenta, non so trattenermi dal rivendicarmi una classifica elementare che adottai da un pezzo e con piacere vidi sostenuta, salvo piccole differenze, da HEINZE di Dresda.

Da lungo tempo io ho ammesso 4 forme:

1° la ulcerosa:

2° la pericondrite aritenoidea (che MACKENZIE accetta con me, ma che HEINZE giudica piuttosto una infiltrazione tubercolare della mucosa);

3° l'infiltrazione delle corde vocali;

4° il deposito di tubercoli sulle stesse.

Convengo però pienamente con CHIARI, KIDD, J. MACKENZIE, SCHNITZLER ed ARIZA di Madrid (il quale ultimamente ha descritto casi interessantissimi) che bisogna aggiungere una 5ª forma: la poliposa e vegetante.

Mi fermo a questo ricordo, al quale tenevo moltissimo, e per non deviare ulteriormente aggiungerò subito che, prescindendo dalla forma poliposa (che è molto rara) nella quale l'asportazione del tumore per le vie naturali può alleviare molti sintomi, gli è appunto nella forma ulcerosa (che, per contrario, è la più fre-

quente) che è richiesto il trattamento locale. E qui che si possono misurare, con miglior metro, gli effetti terapeutici dei diversi agenti locali.

Forse sarebbe più razionale cominciare a dimandarsi con quali probabilità s'inizia questa cura: ma poichè in questa discussione noi vogliamo appunto sapere quali sono i mezzi più efficaci, è evidente che da codeste ricerche, noi saremo in grado di vedere se la tubercolosi laringea può, o no guarire.

Nella forma ulcerosa della tubercolosi laringea, a prescindere dalla indicazione causale che si può dire compendiata nella eliminazione del tessuto morboso, è fuori dubbio che vi sono parcolari sintomi i quali richiamano la nostra attenzione, specialmente due che minacciano direttamente la vita: la odinfagia che mena alla inedia, la laringo-stenosi che ammazza per soffocazione.

Io non ho bisogno di ricordare, a così dotto consesso, il modo onde si originano, decorrono e terminano questi 2 molesti sintomi, ma mi piace osservare che ancorchè scientificamente e materialmente non si possano combattere nella loro causa, si ha il dovere, stretti dalla urgenza, di attuare un trattamento sintomatico.

Noi, dunque, nella cura locale della forma ulcerosa, abbiamo 2 indirizzi a seguire:

1) la cura radicale;

2) la cura sintomatica.

Sebbene la 1ª comprenda la 2ª, non è men vero che la urgenza talora non permette se non di ricorrere ai palliativi.

La cura radicale si fa con i *modificanti*, sotto la quale denominazione possiamo raggruppare tutti quei mezzi che tendono alla guarigione locale (cicatrizzazione).

La cura sintomatica si fa:

a) con i calmanti, se trattasi di migliorare la *deglutizione*;

b) con la dilatazione o la tracheotomia, se trattasi di *laringo-stenosi*.

La *disfonia* è un fenomeno che si può perfettamente trascurare nella tubercolosi laringea, per ragioni che qui sarebbe ozioso ripetere. Essa, d'altronde, o si accompagna ad uno dei fenomeni già menzionati, e resta in tal caso compresa nella cura di questi, ovvero è isolata, ed allora reclama più che la cura sintomatica, quella radicale.

Nel cominciare l'analisi di questa terapia locale, sarà meglio invertire l'ordine e dare il primo posto alla medicatura sintomatica.

Odinfagia.

Contro questo molestissimo e grave sintoma, si è consigliata la morfina per polverizzazioni o per insufflazioni, la belladonna (che il compianto Krishaber applicava, insieme all'estratto di oppio, in soluzione nell'acqua di lauro ceraso), le inalazioni di vapore acquoso con stramonio, giusquiamo, belladonna e quelle di Balsamo del Perù. Forse è questo balsamo l' unica parte del trattamento di Schimdt che è stata presa in considerazione da pochi, mentre l'altra, le grandi scarificazioni, credo siano rimaste esclusivamente nelle mani dell'autore.

Con queste sostanze, variate nelle loro applicazioni, talune portate *in loco* direttamente o con polverizzatori, congiunte talora alla mirra, all' acqua di catrame , agli alcalini ecc., si è tirato avanti per un pezzo, con poca fortuna e con minore successo delle cauterizzazioni al nitrato di argento, sino a che non apparve un rimedio sovrano, innanzi al quale tutti gli altri s'inchinarono, voglio dire la cocaina.

Invano la caffeina ed il mentolo le hanno fatto concorrenza: la cocaina, si direbbe, per affermare la sua portentosa virtù, si fece *democratica* e lasciò indietro, nel prezzo, i suoi sfortunati succedanei.

Io non starò a dirvi tutto quello che la cocaina può nel lenire il dolore della deglutizione : rileverò solamente che gli effetti benefici a me sono sembrati molto passaggieri e sovente io ho ottenuto, nella forma ulcerosa, meno di quello che prometteva.

Passo sotto silenzio la igiene alimentare, perchè è troppo nota ed è imposta dallo stesso fenomeno.

Laringostenosi.

La dilatazione graduale della laringe, problematica nei suoi effetti, è anche meno a posto nella tubercolosi laringea, e perciò, forse, poco è stata sperimentata.

Uno dei miei assistenti, il Dr. Cardone, ne trasse in una inferma ch'io pure vidi, un certo vantaggio e forse, quando si voglia tener lontana la tracheotomia e non si tema aumentare l'infiltrazione collaterale, potrebbe tentarsi, sebbene io non ne sia partigiano.

Non così della tracheotomia che riceve, dalla gravezza del fenomeno e dalla irreparabilità del fatto, la naturale indicazione.

Per propria esperienza io devo dire che non ho visto che la tracheotomia esercita una influenza benefica sul processo polmonare: anzi, il contrario. Nè credo necessario soggiungere che prima di praticare questa operazione, bisogna bene valutare lo stato delle condizioni pulmonari e generali dell'infermo.

Tutto ciò è risaputo benissimo da specialisti e medici generici, e così termino assegnando (in determinate condizioni) un posto non ultimo alla tracheotomia nella forma ulcerosa; tanto più, quando noi pensiamo che è questa appunto che può determinare rapidamente sintomi di difficoltata respirazione.

Ma in questi ultimi tempi, le aspirazioni nostre sono ben altre, e la cura radicale è stata tentata con varii mezzi: taluni antichi, altri recentissimi.

Uno già carico di anni, è appunto la cauterizzazione, la quale tentata per domare la odinfagia, grazie all'escara protettiva, fu fiduciosamente applicata nelle forme ulcerose come un modificante da cui era molto a sperare. I disinganni che ci attendevano furono non inferiori a quelli di un altro succedaneo, la tintura di jodo.

Le polverizzazioni di acido fenico, di acido salicilico, di resorcina (all'uno per 100), o di nitrato di argento (1 per 1000) sono niente altro che discreti disinfettanti o modificanti ai quali invano si potrebbe confidare la cura di malattia così ribelle.

Invece, vi sono due farmaci i quali restano come i mezzi che oggi con maggiore fiducia si provano e sui quali ho il dovere di richiamare la vostra attenzione, voglio dire del jodoformio e dell'acido lattico.

Io non so chi abbia introdotto nella cura locale della tubercolosi laringea il jodoformio: la prima volta che lo vidi adoperare fu in Milano, da Elsberg, nel 1880, all'epoca del 1° Congresso Internazionale di Laringologia, che io Italiano, rammento con orgoglio.

Colpito io stesso dai grandi vantaggi, superiori a quelli sperati od ottenuti altrimenti, ne divenni convinto fautore, e d'allora, nelle forme ulcerose, non ho usato che i toccamenti con la soluzione eterea di jodoformio (1 per 3, o per 4), che ho trovato preferibili alle insufflazioni della polvere.

Registro, da storico, quello che ho visto in 6 anni durante i quali mi sono pressochè esclusivamente servito di questo rimedio, senza preconcetti, e mi lusingo di sentire da voi, miei egregi colleghi, ch'io ho parlato il linguaggio della verità.

Uno dei primi effetti benefici è la calma nella odinfagia; il jodoformio, da questo punto di vista, è riuscito nelle mie mani,

quasi sempre superiore alla stessa cocaina; nel senso che gli effetti di questa sebbene più pronti, sono troppo passaggieri. Del resto poichè l'una non controindica l'altro, possono entrambi restare nella cura locale, ora cospirando al medesimo effetto, ora aspirando ad una meta più alta.

Dopo questo primo immegliamento, non tarda a manifestarsi nel processo ulcerativo una sensibile modificazione: la secrezione minora, il fondo dell'ulcera si scopre e vegetazioni granulanti avviano il processo verso la cicatrizzazione, moderando in pari tempo i fenomeni collaterali, l'infiltrazione che a ragione io chiamo *elefantiastica* dei ligamenti, e le conseguenze che vi sono ligate.

Qui è d'uopo che io esponga intero il mio convincimento circa la curabilità di questa forma ulcerosa.

Ebbene, o Signori, sarò molto breve perchè mi basterà evocare pochi fatti per tirarne corollarii precisi.

La questione che agito può essere scissa in due:

1) Una ulcera tubercolare della laringe può guarire?

2) La guarigione dell'ulcera è segno di definitiva guarigione della tubercolosi?

Alla prima dimanda si deve rispondere affermativamente, non solo perchè parecchie volte noi osserviamo infermi evidentemente affetti da tubercolosi, i quali non fecero nessuna cura locale e presentano nella regione interaritenoidea un tessuto cicatriziale e talora vegetazioni polipoidi postume; ma anche perchè noi questa guarigione *in loco* riusciamo a raggiungerla col trattamento locale. Sotto questo punto di vista, io devo dischiarare che da nessun rimedio ho tirato vantaggi superiori al jodoformio, sicchè con piena convinzione lo proclamo il mezzo per eccellenza. Anzi mi meraviglio perchè non si sia ancora di pieno accordo nel tributare al jodoformio l'onore che merita, e mi lusingo che in tanta gara scientifica io trovi chi si unisca a me per lodarne la virtù.

Questo inno che sciolgo a tale sostanza, non può parere sospetto, perchè, per chi nol sappia, io soggiungo subito che fui tra i più scettici nel credere alla cura locale della tubercolosi, che rimasi scettico per ben 10 anni, quando non maneggiavo che la morfina, il nitrato d'argento, l'oppio, la tintura di iodo, il balsamo di Perù ecc., e la fede cominciò a rinascere in me, dopo che ricorsi al jodoformio.

Epperò proseguendo nella disamina, ho il dovere di rispondere al 2° quesito che ho messo; se cioè la guarigione locale dell'ulcera tubercolare della laringe si possa considerare come la guarigione definitiva della tubercolosi. Ecco il punto più saliente, sul quale dirò con pari franchezza il mio avviso.

Riguardo a questo, molto errarono coloro che con troppa fa-

ciltà si pronunziarono. Per conto mio, dichiaro che anche nei casi di tubercolosi primaria della laringe, dopo l'avvenuta cicatrizzazione dell'ulcera, io ho veduto o riprodursi nella località la malattia, ovvero dichiararsi fenomeni pulmonari. Non conosco individuo affetto da tubercolosi laringea primaria o secondaria, da me curato, che io possa registrare tuttora vivente. I pochi casi citati da qualche autore, meriterebbero uno scrupoloso controllo, dacchè talora è mestieri attendere parecchi mesi, dopo dei quali compaiono nella laringe o nel pulmone segni di tubercolosi.

Conchiudo dunque, dicendo che credo *perfettamente* alla *curabilità* della forma ulcerosa della tubercolosi laringea, ma non posso affatto considerare la *cicatrizzazione* di una ulcera tubercolare della laringe come indizio di *definitiva guarigione*. Questa sarà sempre la meta alla quale il medico ha il sacro dovere di muovere, a qualunque costo, ma sinora non abbiamo garanzie sufficienti per un pronostico felice.

Certo che se fossero più frequenti i casi di tubercolosi laringea primaria, e se la tubercolosi non fosse una malattia che tanto tende alla diffusione, la cura locale (e perfino la estirpazione della laringe) avrebbe altre probabilità di successo. Sicchè sino ad un certo punto la colpa non è dei rimedii, taluni dei quali si mostrano efficacissimi, ma della malattia, che più che ribelle, ha uno spiccato potere diffusivo.

Ho sperimentato in questi ultimi tempi l'acido lattico, del quale Krause e Jelinek hanno tanto parlato e segnatamente nella forma ulcerosa.

Sono arrivato fino alla dose dell' 80 °|₀, previa applicazione di cocaina. Non ho visto sinora effetti superiori al jodoformio, ma mi è sembrato anch'esso un efficace rimedio, un mezzo locale che guadagnerà credito, senza discreditare il suo predecessore (1).

Non so lasciare questo argomento senza aggiungere poche cose riguardo a nuove indicazioni curative, che sono scaturite dal moderno concetto sulla natura infettiva della tubercolosi.

È qualche tempo che come detersivo adopero, prima dei toccamenti con jodoformio ed acido lattico, la polverizzazione di una soluzione al 1000° di sublimato corrosivo. Da questo connubio ho visto effetti più pronti e lo raccomando: è appena necessario far rilevare le spiccate proprietà parassiticide del sublimato. Però io vorrei raccomandarlo sempre sotto forma di polverizzazione,

(1) Posteriormente, ho avuto a modificare questo convincimento, non avendo ottenuto effetti che mi soddisfacessero,

non solo quando è in atto una forma ulcerosa, ma come preventivo di una localizzazione laringea quando v' è tubercolosi pulmonare.

La soluzione di sublimato potrebbe rendere sterile il terreno nel quale attecchiscono tanto volentieri i bacilli di Koch.

Per terminare, menzionerò pure che il Prof. Cantani ha proposto e sperimentato nella tubercolosi pulmonare la inalazione di *bacterium termo*. Qualche esperimento favorevole sembra accreditare la idea che in questa lotta per l'esistenza, la vittoria si dichiari per il parassita più innocente.

Se ciò è vero per una localizzazione in siti profondi, dovrebbe essere anche più vero quando la lesione si annida in organi più superficiali, onde raccomando di sperimentare, come farò io stesso, la inalazione del *bacterium termo*, soprattutto nei casi di *tubercolosi primaria della laringe*.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

P. Heymann. *Sugli stati patologici che possono prendere origine dal naso.*

(Conferenza tenuta in seno alla Società di Medicina di Berlino nelle Sedute del 17 e 31 Maggio 1886) (1).

Heymann porta anch'egli opinione che il rapporto di certi stati patologici (fra i quali è da annoverare l'asma) con certe rinopatie, è un fatto bene accertato ed ha la sua ragion di essere. Finora, però, non conosciamo sufficientemente le leggi che presiedono a questi fenomeni. Già nel 1870 Kratschmer ha dimostrato che certi dati riflessi, i quali si riverberano sulla respirazione e sulla circolazione, possono essere provocati dalla mucosa nasale, e che la via per la quale decorre l'eccitazione è il trigemino. Ulteriori ricerche di Luchsinger e di Gourewitsch hanno reso probabile un analogo rapporto per l'olfattorio. Le alterazioni anatomiche macroscopiche che si riscontrano nelle nevrosi riflesse sono, una ai polipi, soprattutto le tumefazioni della mucosa dei cornetti e dei corpi cavernosi. Il carattere comune a questi processi l'A. lo trova in ciò, che in essi alcune parti della mucosa, ora vengono a contatto, ed ora si allontanano l'una dall'altra. Con ciò viene prodotto uno stimolo.

In siffatto modo si spiega che i polipi provocano riflessi nasali, specialmente nello stadio iniziale del loro sviluppo, ma non già quando sono divenuti voluminosi e con ciò fissi. Inoltre, si spiega pure il fatto che le forti e persistenti tumefazioni dei cornetti esercitano una stimolazione minore di quelle acute ed alternanti. l'A. ha osservato soltanto due casi, nei quali non si potevano invocare questi rapporti: si trattava di aderenze dei cornetti col setto. Egli si spiega ciò, ammettendo che in questi due casi l'alternante tumefazione dei rispettivi cornetti produceva stiramenti delle aderenze. Le stesse nevrosi riflesse che vengono provocate da odori (come quello dell'ipecacuana, delle rose, del fieno) sono spiegate dall'A. con tumefazioni prodotte da questi momenti.

---

(1) La Redazione rende moltissime grazie al D.r A. Krakauer che gentilmente ha voluto spedire il resoconto di talune importanti sedute, resoconto che il D.r Meyer ha volto in lingua Italiana.

Per la maggior parte dei casi, l'A. ammette una predisposizione patologica neurastenica, senza la quale le influenze morbigene non potrebbero provocare nevrosi riflesse.

Heymann crede che la possibilità di provocare il riflesso, stimolando con la sonda un determinato punto, non è necessario per accertare la diagnosi; ciò non gli è riuscito costantemente come ad Hering ed Hack, e nonpertanto il risultato del trattamento confermò la diagnosi. Parimenti, egli combatte l'asserzione di Schadewaldt e Wille, cioè che in ogni caso di nevrosi riflessa col sondaggio si può provocare la tosse.

Relativamente alla prognosi, si può contare in modo più o meno sicuro sul trattamento soltanto nei casi in cui il riflesso può essere provocato in linea sperimentale da un dato punto visibilmente infermo.

La cura consiste nell'allontanare gli stati abnormi del naso, cioè estirpare i polipi, raddrizzare il setto, ricondurre allo stato normale parti tumefatte della mucosa. Quest'ultima condizione potrebbe essere realizzata *transitoriamente* mediante l'elettricità, la cocaina, il mentolo, il tannino, ecc.; ma *persistentemente* riesce soltanto con i caustici (nitrato di argento, acido cromico, cloruro di zinco, acido nitrico fumante) e soprattutto colla galvano-caustica. L'A. ha osservato quasi tutte le specie di nevrosi riflesse, a partire dalle più leggiere parestesie della faringe e della laringe fino ai più intensi dolori, come nevralgie del trigemino, emicrania tipica ecc. Dei casi osservati ne fa rilevare sopra tutti uno, che riguardava una cantante anemica, la quale contava pressochè 25 anni; essa soffriva dolori nell'inghiottire e presentava il quadro di una stenosi esofagea. La causticazione delle estremità anteriori tumefatte dei due cornetti medii, allontanò tutti i sintomi. L'A. ha constatato che le nevrosi riflesse sensitive hanno una prognosi migliore. Su 92 casi, ha osservato 62 volte la guarigione; 21 volta un miglioramento; in 9 casi il trattamento non diede alcun risultato essenziale.

Lo stesso dicasi degli stati di vertigine con o senza cefalalgia; in essi l'A. ottenne 28 volte la guarigione ed 11 un miglioramento; in 6-7 casi la cura non fu coronata da alcun successo. In 3 casi di scotoma scintillante, associato 2 volte a nevralgia sopraorbitale ed 1 volta a lagrimazione, il trattamento locale del naso procacciò un alleviamento.

Negli stati epilettiformi ottenne una volta la guarigione, ma a ciò egli non attribuisce grande importanza, giacchè è risaputo che in tali casi spesso vi sono grandi pause fra i singoli accessi. In un caso di corea, il trattamento locale del naso non diede alcun effetto.

Nella tosse spasmodica riflessa si possono ottenere guarigioni, se non si trascura di ispezionare lo stato delle vie aeree profonde.

Nelle nevrosi riflesse vasomotorie e nelle anomalie di secrezione (come scolo nasale sieroso, lagrimazione, scialorrea, anomalie di secrezione dei bronchi senza asma, arrossimento fugace del naso, edema delle palpebre, ecc.), l'A. ha ottenuto risultati favorevoli. Ma sulla febbre da fieno e sulla pertosse non possiede osservazioni personali.

In 53 casi di asma, egli ottenne 29 guarigioni e 14 miglioramenti (fra questi vi furono 12 recidive); 10 volte non si ebbe alcun successo.

Discussione.

BOECKER fa rilevare che è difficile nuotare contro la corrente; ma che egli si trova in questa posizione, a causa delle opinioni che professa su tale argomento. Non nega affatto la esistenza di nevrosi riflesse, ma le ritiene come rarissime. La maggior parte dei disturbi patologici che dagli Autori vengono ritenuti come nevrosi riflesse, possono essere interpretati come alterazioni del chimismo della respirazione, provocate da affezioni patologiche del naso. Relativamente ai lavori di HACK, apparsi negli anni 1882 83, BOECKER afferma che nel naso non vi sono spazii cavernosi, ma soltanto una mucosa cavernosa; anche i supposti nervi erettori non esistono affatto. Egli non ha potuto osservare il carattere che HACK attribuisce ai corpi cavernosi. Se ad HACK è riuscito di provocare riflessi a preferenza dal cornetto inferiore, ciò prova soltanto che essi possono essere destati da qualsiasi parte del naso.

Oltre a ciò, BOECKER non crede che i polipi possano esercitare un'azione inibitrice sui riflessi, come è stato ammesso da HACK. Secondo lui, quest'affermazione è assolutamente erronea; VOLTOLINI ha osservato l'asma anche quando il naso era completamente ostruito, ed egli pure ha notato fatti analoghi. Se in questi casi si estirpano i polipi, l'asma suole scomparire, per poi apparire di nuovo quando i polipi si riproducono. Questi processi hanno una causa puramente meccanica. Tuttavia l'asma può essere provocato eziandio da altre affezioni del naso e suoi annessi, come per es. ipertrofie della mucosa, deviazioni del setto, ecc. Relativamente agli stati asmatici, dovuti a presunte stimolazioni dell' olfattorio, egli crede che qui agiscono potentemente le influenze psichiche. L'A. ricorda un caso di JOHN MACKENZIE, il quale in una signora affetta da «*asma da rose*» (*Rosenasthma*) poteva provocare l'accesso mostrandole una rosa artificiale.

Egli quindi ammette che la maggior parte degl'individui nei quali si presentano tali abnormi riflessi, sono, nè più, nè meno che neurastenici.

Boecker porta opinione che oggi si fa grande abuso della espressione « nevrosi riflesse », e che i disturbi patologici più disparati furono attribuiti al naso.

Va da sè, che il naso deve essere accuratamente esaminato quando fa d'uopo; ma, secondo lui, bisogna tenere maggior conto dei processi meccanici.

Relativamente alla dimostrazione di Hack, Boecker fa notare che a mò di esempio, per spiegare un arrossimento transitorio del naso quando è stimolata la mucosa, non fa d' uopo ricorrere all'ipotesi di una nevrosi riflessa vasomotoria, giacchè in tal caso si tratta nè più, nè meno di ciò che veniva affermato nell'antica sentenza: *ubi stimulus, ibi affluxus*. Parimenti è erroneo il voler stabilire un confronto fra l' injezione dei vasi della congiuntiva ed il cosiddetto asma riflesso. Quest' ultimo è un processo patologico, assolutamente abnorme, mentre il primo è puramente fisiologico.

Circa il rapporto fra l' asma ed i polipi nasali, Boecker insieme a Voltolini crede che si tratti di una influenza per alterato chimismo della respirazione. Nel respirare attraverso la bocca perviene nei pulmoni un'aria la quale, tanto chimicamente, quanto termicamente è del tutto diversa da quella ordinaria che si ha quando passa per il naso ; e quindi soprattutto allorchè si tratta di tumori nasali che ostruiscono interamente quelle vie, vengono provocate molto più facilmente stimolazioni della mucosa tracheale e bronchiale. Egli ha osservato infermi i quali potevano troncare il loro accesso di asma dilatando artificialmente le pinne nasali.

Secondo Boecker, la cocaina e l'influenza di un'aria fredda e calda agiscono in analogo modo, cioè per via meccanica. Quindi l'A., in base a questa sua opinione, opera soltanto quando è impedita la penetrazione dell'aria, ma ammonisce a non fare uso del cauterio negli stati atrofici.

Nell'asma da fieno (3 casi) egli non ha ottenuto alcun successo colla galvanocaustica; invece, nella corizza da fieno e nella lagrimazione, ebbe buoni risultati dalle insufflazioni con chinina.

Nelle operazioni di polipi, Boecker si serve soltanto dell'ansa fredda. Egli ammonisce a non fare abuso del galvanocauterio, e lo adopera solo quando si tratta di ripristinare la permeabilità del naso o di fare leggiere causticazioni nelle escrescenze polipoidi o nei piccoli tumori cavernosi.

L'acido cromico egli lo adopera come segue : tuffa la sonda in soluzioni concentrate, e poscia la porta direttamente sul punto da operare.

Leyden interroga Boecker se ha preso in considerazione il fatto che Hack nelle sue ultime pubblicazioni, nonchè nelle relazioni fatte al Congresso di medicina del 1885, si è espresso con maggiore riservatezza, ed ha abbandonato parecchie sue antiche asserzioni.

Boecker risponde , che per ora non si è occupato di ciò , ma ha voluto fare rilevare l'insussistenza delle argomentazioni nei primi lavori di Hack.

Krause ritiene come insostenibile la critica fatta da Boecker. Anche egli porta opinione, che sia stata in parte esagerata l'importanza delle nevrosi riflesse, le quali hanno punto di partenza dal naso. Ma, se è giustificato un certo sospetto, non è poi conveniente un dubbio assoluto su tale riguardo, atteso il numero delle osservazioni finora pubblicate ed il nome degli osservatori. Tanto l'asma nasale, quanto altri riflessi abnormi provocati dal naso, esistono realmente, e sono relativamente frequenti. L'A. prende in esame i lavori pubblicati sopra i riflessi del trigemino, ed in base di loro spiega i processi che noi riguardiamo come nevrosi riflesse. Circa l'asma riflesso , K. crede che esso non sia un asma nel vero senso della parola , ma che si tratti di accessi di forma asmatica. Egli ha trovato che nei tabifici affetti dalle cosiddette laringocrisi, queste esordiscono con sensazioni nel naso; egli nei rispettivi infermi poteva provocarle anche dietro stimolazione. Ritiene come dimostrato il rapporto del trigemino con la funzione respiratoria. Anch'egli crede ad uno stato neurastenico degli infermi con nevrosi riflesse.

La teoria di Hack, la quale insegna che il tessuto cavernoso sia l'anello intermedio per provocare la nevrosi riflessa, K. la crede inesatta. La replezione degli spazii cavernosi non accade per via riflessa, ma è procurata dallo stesso trigemino, il quale, secondo recenti osservazioni, contiene fibre vaso-dilatatrici. Egli ha pure, in seguito a ciò, veduto buoni effetti dall'uso della corrente costante.

Krakauer nella quistione che ora si dibatte, fra tutti coloro che hanno preso la parola, condivide di più, per le sue convinzioni, le idee di Lublinsky. Egli crede che i diversi risultati degli autori provvengono da che non ancora sono stati tracciati i limiti di ciò che si vuole comprendere sotto il nome di nevrosi riflesse. Non ammette che vi possa essere il menomo dubbio sulla esistenza di esse, ma ritiene con Boecker che esse sono rare.

Col trattamento locale egli ha guarito casi di asma, singhiozzo, nevralgia sopraorbitaria ed emicrania; ma questo stesso trattamento fallì in altri casi di corea, asma ed emicrania. In tutti i casi, anche in quelli non guariti, vi erano alterazioni patologiche del naso. In 2 casi di rossore del naso, ed in 4 di lagrimazione,

nei quali il trattamento locale procacciò la guarigione, egli crede di poter spiegare quest'ultima meglio con la teoria meccanica come fa il BRESGEN, anzichè con la teoria riflessa.

Relativamente ai polipi, KRAKAUER crede che questi agiscono meno mediante occlusione, quanto piuttosto mercè stimolazione della mucosa di rincontro. In 16 casi di asma complicato a polipi, egli dopo avere asportato questi ultimi, stimolò la mucosa, che veniva toccata dai polipi, con una piumetta di penna, ed osservò quanto segue: stimolando i rispettivi punti per lo più arrossiti, si possono provocare accessi asmatici, quanto più si va lungi da questi punti, e tanto più deboli divengono gli accessi quanto più si va vicini ad una zona dove si possono provocare soltanto i riflessi normali. Cocainizzando i rispettivi punti, cessa qualsiasi riflesso. Alcuni giorni dopo avere estirpato i polipi, e proprio dopo che i punti stimolati sono ritornati allo stato normale, si possono provocare soltanto i riflessi normali.

KRAKAUER opina che anche tumori grossi ed ostruenti quelle vie vengono sufficientemente mossi dalla corrente espirata, e mediante attrito sulla mucosa di rincontro possono provocare il riflesso.

BOECKER opina che egli sia stato in parte frainteso. Non ha negato recisamente l' esistenza dei processi in parola, ma ha voluto soltanto dimostrare che non tutto ciò che oggi viene riguardato come nevrosi riflessa, è realmente tale. Relativamente alla quistione che viene dibattuta sull'asma, crede che si ignorino troppo i meriti di di FRAENKEL a beneficio e favore di HACK.

LUBLINSKY ritiene legittimo un certo scetticismo. Anche egli crede che il rossore del naso e fugaci edemi possano essere spiegati molto meglio per via meccanica. Non osa decidere se la pertosse sia una nevrosi riflessa; tuttavia in questo caso egli con insufflazioni di chinina ha ottenuto buoni risultati. E quando ciò non giovava, è ricorso con vantaggio alla cocainizzazione. Relativamente all'asma, egli, oppostamente a BOECKER, non sà spiegare tutto ciò per via meccanica. Quanto all'importanza dei corpi cavernosi, condivide la stessa opinione di BOECKER.

W. LUBLINSKY. *Asma e Rinopatie.*

(Conferenza tenuta il 17 Maggio 1886).

Fra le più svariate quistioni, che in questi ultimi anni richiamarono l'attenzione dei medici, fa d'uopo menzionare quella relativa al rapporto fra l'asma pulmonare (*Lungenasthma*) e le malattie del naso e suoi annessi. Già TROUSSEAU tenne parola di una peculiare corizza, che sta in intimo rapporto coll'asma. Lo stesso

Ducros col suo speciale trattamento della gola ottenne risultati favorevoli nella cura dell'asma. Ma a Voltolini era riserbato di chiarire la natura di questo rapporto. In alcuni casi, egli con la estirpazione di polipi nasali riuscì nel tempo stesso a fare scomparire l' asma. A queste osservazioni ne seguirono analoghe di Haenisch, Mackenzie, Terillon, B. Fraenkel ; e più tardi soprattutto M. Schaffer , Bresgen e Sommerbrodt dimostrarono che anche altre affezioni del naso, della faringe e della cavità nasofaringea potevano provocare accessi asmatici.

Negli anni 1882 e 1883 apparvero gl'importanti lavori di Hack, i quali ampliarono notevolmente la sfera dei *riflessi* dipendenti da certe alterazioni patologiche del naso, e li ricondussero ad un limite determinato. Hack richiamò per il primo l'attenzione sulla importanza dei corpi cavernosi dei turbinati, specialmente degli inferiori, ed affermò che la eccitabilità riflessa della mucosa nasale dipende da che questi organi annidati nelle estremità anteriori dei cornetti inferiori, sono suscettibili di tumefarsi. Gli spazii cavernosi subiscono una replezione in seguito ad una stimolazione, e la tensione della mucosa che si verifica in conseguenza di tal fatto, sembra che agisca eccitando gli apparati terminali nervosi, giacchè appunto allora si verificano i riflessi. Inoltre, la replezione degli organi cavernosi può essere anche determinata da momenti etiologici che non agiscono direttamente su di essi, ma provocano la tumefazione soltanto per via riflessa. E ciò è possibile per le più svariate vie.

A queste opinioni di Hack bisogna aggiungere, che spazii cavernosi esistono anche sul margine dei cornetti medî e su tutte le estremità posteriori dei turbinati. Secondo Hack, nelle tumefazioni, la stessa mucosa non è impegnata, ma al massimo è più fortemente arrossita, e spesso è perfino abnormemente anemica, a causa della grande tensione; finanche le alterazioni di struttura della mucosa, rendendo difficile la tumefazione dei corpi cavernosi, impediscono i riflessi, come per es. è il caso della rinite iperplastica.

Tenendo presenti le indagini fatte finora, la quistione relativa al rapporto fra l'asma e le rinopatie deve essere riguardata come risoluta in senso affermativo; la natura intima, però, di questo rapporto, non è stata spiegata. È probabile che amendue le affezioni esistano contemporaneamente, ma l'una indipendentemente dall'altra ; a favore di questa supposizione depongono quei casi in cui la cura dell'affezione nasale non esercita alcuna influenza sull'asma. Ma quando vi ha un rapporto genetico, l'alterazione primaria può essere costituita soltanto dalla rinopatia , giacchè talvolta con la *cocainizzazione* della mucosa nasale, si riesce ad interrompere gli accessi asmatici.

Il rapporto fra queste due affezioni è certamente determinato da influenze nervose. Il trigemino fornisce le vie nervose sensitive fra il naso e le vie respiratorie profonde ; ed il riflesso che può essere provocato sulla respirazione mediante stimolazione del naso, è un tetano espiratorio decorrente con contemporanea occlusione della glottide. Tali riflessi possono essere provocati anche per la via dell'olfattivo , come lo provano soprattutto i casi di « asma da fieno ».

La ipotesi di Hack, cioè che l'asma può essere provocato soltanto da quei punti che contengono corpi cavernosi, è certamente inesatta; i polipi, le iperplasie parziali e diffuse della mucosa, nonchè dell'impalcatura ossea e cartilaginea del naso, le alterazioni nella laringe e nella cavità naso-faringea, possono produrre lo stesso effetto.

Non è possibile isolare i corpi cavernosi dalla mucosa che li avvolge, e con ciò cade pure la ipotesi di Hack, cioè che a misura che aumenta il catarro iperplastico, scompajono le nevrosi riflesse.

La tumefazione della mucosa nasale dipende da una accresciuta eccitabilità dei nervi nasali, e quindi del trigemino in ispecie, come fu ammesso anche nel congresso di Kopenhagen. Siccome le estremità anteriori dei cornetti inferiori posseggono una copia più abbondante di vasi e sono più esposte alle influenze morbigene esterne, per ciò si spiega che esse subiscono più frequentemente la tumefazione.

Questa esagerata eccitabilità dei nervi vasali può essere provocata da svariate affezioni delle parti da essi innervate; la sola ispezione locale non ci pone al caso di affermare se l'alterazione sarà seguìta da un riflesso, oppur no.

Noi dobbiamo opinare che in questi infermi le vie nervose riflesse stanno in uno stato abnorme. Rossbach crede che questi infermi debbano probabilmente essere ritenuti come isterici o neurastenici, pur quando non vi sono altri sintomi di questa malattia. La maggior parte degli infermi di Lublinsky erano persone isteriche, anemiche, di costituzione generale scadente.

Tale ipotesi ci spiega pure perchè le nevrosi riflesse si riscontrano relativamente di rado nei polipi. Lublinsky, sopra 79 persone affette da polipi, ne rinvenne 7 con asma, di queste, 5 erano donne. In siffatto modo si spiega pure la scomparsa spontanea di nevrosi riflesse mercè rinvigorimento della costituzione generale, o quando la iperplasia della mucosa ed in seguito a ciò la ostruzione, raggiungono un alto grado, giacchè allora il rispettivo stimolo non può più pervenire alle estremità nervose.

Gli stimoli che costituiscono la causa speciale della comparsa dell'accesso, debbono essere ricercati o nelle vie aeree superiori

degli stessi infermi, oppure in influenze morbigene esterne. I polipi piccoli e mobili stimolano la *zona asmatogena* più facilmente dei tumori grossi, immobili ed otturanti. Come stimoli agiscono pure i grossi follicoli della parete faringea posteriore (dopo la causticazione dei quali talvolta scomparve l'asma), le tonsille iperplastiche, la faringite essudativa e quella secca, ecc.

Anche gl' ispessimenti varicosi delle estremità posteriori dei turbinati provocano talvolta l'asma ; ma più frequentemente viene questo prodotto — mentre l'infermo sta in posizione dorsale — da una occlusione puramente meccanica delle vie nasali. Le stesse tumefazioni del setto possono provocare l'asma, il che indusse Baratoux ed Hering a ricercare la zona sensitiva sul setto ed attribuire ai cornetti un'azione accessoria, ammettendo che essi provocano il riflesso soltanto col toccare il setto. Questa opinione è assolutamente inesatta.

Risulta, quindi, che in ogni caso di asma è importante esaminare il naso, anche quando *a priori* non ci ha alcun sintomo il quale dinoti che esso è impegnato. È a raccomandare in special modo il sondaggio del naso, giacchè toccando il punto irritabile, può eventualmente essere provocato l'accesso asmatico. Per rinvenire questo punto, non v'è mezzo migliore del graduale restringimento della zona sensitiva, prodotto pennellando alcune parti con la cocaina. Bisogna evitare qualsiasi cura rutinaria dell'asma: le tonsille ipertrofiche debbono essere estirpate, e bisogna cauterizzare i follicoli sporgenti. A tale scopo Lublinsky si serve volentieri dell'acido cromico, senza il consecutivo lavaggio con soda.

La rinite cronica nei casi leggieri deve essere allontanata mercè insufflazioni di nitrato di argento, in quelli gravi facendo energico uso del galvano-cauterio o dell'acido cromico.

L'A. non vuole che prima di procedere al trattamento rinochirurgico si tentassero tutti gli altri mezzi (contrariamente a Semon), ma che in ogni caso si ricerchi il punto della stimolazione e lo si distrugga.

Egli, in questi ultimi tre anni e mezzo , nella Regia Policlinica Universitaria, ha constatato rinopatie in 143 casi di asma, e proprio 55 volte rinite iperplastica, 21 volta ipertrofia dei cornetti inferiori, 11 volte dei cornetti medii, 14 volte rinite atrofica e polipi, 9 volte affezioni del setto (deviazioni ed esostosi) , 5 volte ipertrofia tonsillare e 28 volte la faringite.

Dei casi di rinite iperplastica, 8 furono guariti, 3 notevolmente immegliati ; un fatto identico si ebbe in 6 casi di alterazioni dei cornetti inferiori (4 dei quali guarirono), ed in 3 dei cornetti medii (due dei quali guarirono, uno migliorò). Dei 7 casi con polipi, in 5 si ebbe guarigione completa, in 2 un miglioramento notevo-

le. Un successo notevole si ebbe in due (e proprio completo in un solo, dopo estirpazione delle tonsille) ed in 3 di faringite con completo successo in un solo.

Per spiegare queste cifre, bisogna tener conto del fatto, che in circa il 53 0[0 di tutti gli infermi, vi erano già persistenti alterazioni dei pulmoni, perchè l'asma durava da anni. È naturale che in questi casi si poteva ottenere soltanto un miglioramento, ma non una guarigione nel vero senso della parola.

Un successo immediato si ha per lo più solo quando si tratta di polipi; negli altri casi si ebbe quasi sempre bisogno del trattamento consecutivo. Spesso accade che la cura rimasta previamente inefficace, dopo l'operazione sia coronata da successo.

A. Krakauer.

Ultimi studi sulla Tubercolosi.

Leyden. *Klinisches ueber den Tuberkelbacillen.* (*Considerazioni cliniche sul bacillo tubercolare*).

1) Nella prima parte di questo lavoro, Leyden insiste sul valore diagnostico della presenza del bacillo.

In questo capitolo della Patologia vi sono due punti, sui quali, secondo Leyden, regnano ancora molti dubbii. Essi possono essere riassunti come segue: *Vi può essere una tubercolosi senza bacilli? Vi possono essere bacilli senza tubercolosi?*

Anche senza tener parola della granulia, in cui la mancanza dell'espettorazione rende spesso impossibile la ricerca del bacillo, Leyden ha veduto che questa dà risultati negativi in tubercolosi molto evidenti e con espettorati abbondanti. E si noti che le lesioni avevano un decorso rapido. Egli cita due casi di questo genere.

Il fatto inverso merita pure di essere segnalato. In due casi di cronica bronchite con caratteri molto accentuati, Leyden con sua grande sorpresa *trovò bacilli nell'espettorato.* L'autopsia rivelando l'esistenza di piccoli focolai caseosi, fornì la spiegazione di questo sintoma anormale; ma si rinvennero soprattutto le note anatomiche della bronchite con dilatazione; quindi si avrebbe avuto torto di inferire la presenza della tubercolosi. Leyden richiama l'attenzione dei clinici sopra un fatto della massima importanza, cioè che *soprattutto nelle sale degli ospedali, bisogna temere che agli espettorati, i quali vengono presi in esame, non si siano accidentalmente mescolati dei prodotti tubercolari* (1).

---

(1) Tanto ha avuto agio di constatare chi appone questa nota, in una don-

Secondo LEYDEN, l'unica causa della tubercolosi è rappresentata dal bacillo. Tutte le inoculazioni da lui tentate sono costantemente fallite quando il prodotto inoculato non conteneva bacilli. In vece, quando nel prodotto che si inoculava ve ne erano, la inoculazione dava sempre un risultato positivo, e ciò pur quando il numero di questi ultimi era molto scarso. Secondo lui, le zoogloe descritte da MALASSEZ non hanno un potere specifico; esse agiscono soltanto come zooglee settiche ordinarie. In altri casi ciò che era stato ritenuto come una zooglea, non era, in realtà, che un'agglomerazione di bacilli.

LEYDEN nega qualsiasi valore agli esperimenti fatti da LANDOUZY e da MARTIN con i feti di madri tubercolose. Giammai egli ha potuto produrre la tubercolosi inoculando gli organi di questi feti. Il modo come viene inoculato il bacillo esercita una grandissima influenza sul corso della malattia: colla *inalazione* si ottiene una tubercolosi che resta localizzata per lungo tempo al pulmone; colla *injezione sottocutanea* si ha una generalizzazione rapida. Si hanno, quindi, le stesse differenze che nell'uomo rispetto alla granulia ed alla tisi ulcerosa comune. Ma, nei due casi, le lesioni osservate nei pulmoni degli animali erano istologicamente identiche (SCHÄFFER).

È difficilissimo studiare sull'uomo lo sviluppo del bacillo nel pulmone. Ciò è attuabile soltanto in alcuni casi di granulia o nei tisici in cui poco tempo prima della loro morte accade una nuova eruzione tubercolare. In tali casi si riscontrano gli alveoli delle porzioni recentemente inficiate, pieni di cellule (cellule desquamative di BUHL). Fra queste cellule, e specie nel loro interno, si veggono moltissimi bacilli. Quindi, la propagazione dei bacilli accade mediante inoculazione a livello degli alveoli.

Ordinariamente la generalizzazione accade con una certa lentezza, perchè i prodotti delle parti primitivamente attaccate, trascinati incessantemente dalla tosse e dal movimento delle ciglia vibratili, non pervengono facilmente agli alveoli sani.

Secondo LEYDEN, il CONTAGIO *non ancora è stato dimostrato in modo tanto positivo da dover reclamare serie misure profilattiche.* Anzi egli crede che la sua influenza è certamente di gran lunga minore dell'eredità. Questa, secondo LEYDEN, non fa altro che creare un terreno favorevole: essa sarebbe una inoculazione a lunga scadenza.

---

na affetta da grave sifilide laringea e ricettata nel Gesummaria. L'esame micro-chimico dell'essudato, raccolto direttamente dalla laringe, rivelò la presenza dei bacilli, ma dopo un mese la donna era completamente guarita.

MASSEI.

I diversi antisettici, tentati da LEYDEN nella cura della tubercolosi, hanno dato ben pochi risultati. Anzi, egli afferma, che *amministrando gli antisettici per inalazione, essi possono essere più nocivi che utili, giacchè gli sforzi inspiratorii possono spingere i prodotti tubercolari nelle sezioni pulmonari ancora sane.*

(Zeitschrift für klin. Medicin).

2) ZENKEVITSCH. *Ueber den Tuberkelbacillen.* (*Sul bacillo della tubercolosi.*)

Secondo l'A. il numero dei bacilli non sta in proporzione con lo stato della distruzione del pulmone ma col grado della febbre, che dipende dalla rapidità con cui viene distrutto. Oppostamente a BALMER e FRAENTZEL, egli afferma che il numero dei bacilli non raggiunge il suo maximum negli ultimi giorni della vita.

(Schmidt's Jahrbücher).

3) EBERTH. *Der Bacillus der Pseudotuberculose.* (*Il bacillo della pseudo-tubercolosi.*)

Sotto la denominazione di pseudo-tubercolosi, EBERTH descrive una malattia che, mentre microscopicamente è identica alla vera tubercolosi, se ne distingue però per i caratteri batteriologici. Egli ha studiato questa curiosa affezione sui porcellini d' India ed in ultimo sul coniglio. Le sue più recenti ricerche tendono a fargli ammettere che si tratti di un processo assolutamente identico a quello che MALASSEZ ha descritto col nome di tubercolosi zoogleica; ma egli non ha mai trovato micrococchi come quest'ultimo autore, bensì sempre veri bacilli. Istologicamente queste masse sono costituite da cellule embrionarie, più o meno sviluppate, delle quali quelle più centrali costituiscono agglomerazioni amorfe, refrattarie alla colorazione, talvolta necrosate o caseificate. Relativamente al microrganismo che determina l'evoluzione di codesto processo, l'A. dopo parecchi tentativi è giunto a colorarlo mediante una soluzione di bleu di metilene nella potassa (100 ctm. cub. di una soluzione di potassa al diecimillesimo, alla quale si aggiungono 30 ctm. cub. di una soluzione alcoolica concentrata di bleu di metilene); i tagli si fanno restare in questa soluzione per dieci a settantadue ore. I bacilli appajono allora molto ben distinti, e riesce agevole constatare che essi formano piccole catene ripiegate parecchie volte su di sè stesse, costituite da bacilli più o meno lunghi: spesso si riscontrano anche ammassi formati da una grande quantità di bacilli isolati. Questi bacilli, che sono da due

a tre volte più lunghi che larghi, ed il cui diametro è due volte maggiore di quello del bacillo tubercolare, spesso si colorano in modo più accentuato alle estremità, di guisa che a primo aspetto, vedendo che soltanto i due poli sono colorati, si potrebbe credere che si tratti di micrococchi.

Ordinariamente, questi microrganismi stanno nel centro dei noduli; nei noduli recenti si riscontrano soprattutto bacilli disposti a catenette ripiegate; nei noduli antichi, già necrosati, l'A. ha accertato, una ad ammassi considerevoli di bacilli isolati, bacilli a forma di piccole catene. Questa distribuzione dei microrganismi spiega perchè l'evoluzione della pseudo-tubercolosi si verifica sotto forma di noduli.

(*Schmidt's Jahrbücher.*)

4) Obrzut. *Ueber die Morphologie der Tuberkelbacillen und die sogenannte « zoogleische » Tuberkulose.* (*Sulla morfologia dei bacilli tubercolari e sulla cosiddetta tubercolosi «zoogleica».*)

Secondo l'A. non esiste alcun caso di tubercolosi, nel quale non si possa — con un buon metodo — svelare la presenza del bacillo di Koch. I microrganismi che Malassez e Vignal riguardano come zooglee, non esistono indipendentente dai bacilli, e la loro presenza dipenderebbe da che il metodo di colorazione adoperato da questi Autori fornisce il frazionamento dei bacilli che assumono allora l'aspetto di cocchi, oppure ha reso visibile soltanto le loro spore, a causa di una discontinuità nella colorazione. In fatti, è noto che il bacillo di Koch non ha la forma di un bacillo nello stretto senso della parola, ma si presenta sotto l'aspetto di granulazioni rotonde o un poco allungate, di grandezza ovunque uniforme, giacchè il numero delle granulazioni, che entra nella costituzione di un bacillo, è variabile.

(*Wien. med. Presse.*)

5) Weichselbaum. *Ueber Tuberkelbacillen im Blute bei allgemeiner acuter Miliartuberculose.* (*Sui bacilli tubercolari nel sangue, nella tubercolosi miliare generale acuta.*)

Weigert ha insistito per il primo sulla tubercolosi delle vene nei suoi rapporti con l' infezione tubercolare del sangue e colla genesi della tubercolosi miliare acuta. Dopo la scoverta del bacillo di Koch, egli ha intrapreso una nuova serie di ricerche ed è riuscito a dimostrare l'esistenza dell'elemento infettivo in questi focolai venosi, primitivamente ritenuti come il fattore morboso essenziale. Ma ciò che mancava ancora a Weigert, era il constatamento dei bacilli nel sangue.

Ora, Weichselbaum ha colmato questa lacuna, scovrendo i bacilli nel sangue di tre infermi colpiti da tubercolosi miliare acuta. In tre casi la malattia aveva avuto per punto di partenza lesioni venose; nel primo infermo, si rinvennero tubercoli delle vene uterine a livello dell'inserzione della placenta; nel secondo furono accertati tubercoli delle vene pulmonari ; il terzo presentò focolai di identica natura nel plesso vescico-vaginale.

L'A. coglie questa occasione per combattere l'opinione di Ziehl, il quale nega la presenza dei bacilli nelle granulazioni della tubercolosi miliare acuta. In tre infermi egli ha praticato l'esame istologico di un gran numero di focolai viscerali, e costantemente ha trovato i bacilli.

Il sangue degli individui affetti da tisi cronica, contiene probabilmente bacilli, ma gli osservatori, a quanto sembra, non ne fanno ancora menzione, e probabilmente non ancora hanno rivolto in modo speciale la loro attenzione su tale riguardo. Del resto, è probabile che quando la tubercolosi è cronica, i bacilli esistano nel sangue in numero troppo piccolo per poter servire alle ricerche cliniche. In vece, nella tubercolosi acuta la ricerca dei bacilli nel sangue sembra che abbia una grande importanza, e Weichselbaum crede che essa debba essere ritenuta elemento principale della diagnosi.

A sua istigazione, Kowalsky ha esaminato il sangue di 11 infermi, nei quali la tubercolosi acuta aveva assunto la forma tifoide, ed all'autopsia si sono potute accertare le lesioni caratteristiche.

Ma Kowalsky nei suoi numerosissimi preparati, non ha potuto accertare una sola volta i bacilli di Koch. È vero che il sangue di questi infermi non era stato estratto mercè scarificazioni colle ventose, come Weichselbaum avrebbe desiderato ; ma alcune goccie prese da scalfitture fatte colle dita, sembra che debbano essere un campione sufficiente per l'esame istologico.

Quindi i risultati di Weichselbaum restano ancora isolati; in vero, è difficile attribuire lo stesso valore ad un fatto di Palhauf, che in un caso di meningite tubercolare della base, trovò bacilli nel sangue dell'arteria basilare e delle vene pulmonali, giacchè in questo, non si trattava di tubercolosi miliare generalizzata ai visceri.

Del resto, pur ammettendo l'autenticità di codesti risultati, la presenza dei bacilli nel sangue non conforterebbe ancora in modo decisivo le teorie di Weigert.

(*Wien. med. Presse.*)

6) G. HUNTER MACKENZIE. *The diagnostic and pronostic value of the tubercle bacillus.* (*Valore diagnostico e pronostico del bacillo tubercolare.*)

L'A. in base ad un accurato esame di 70 casi, è pervenuto alla conclusione che il bacillo è patognomonico della tubercolosi, e che esso manca nelle bronchiti croniche non tubercolari.

L'A. l'ha rinvenuto abbondante soprattutto nella tisi acuta febbrile; talfiata l'ha accertato pure nel sangue degli emottoici ed allora esso ha un valore considerevole. In vece, è difficile precisare la sua importanza pronostica, giacchè vi può essere un'*abbondanza di bacilli nelle tisi lenti, torpide, apirettiche, e viceversa pochi bacilli in casi di tisi acuta.* (*Brit. med. Journ.*)

7) WESEMER. *Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen in den Organen Tuberculöser.* (*Sulla presenza di bacilli tubercolari negli organi di tubercolosi*).

L'A. ha ricercato i bacilli in diversi organi tubercolosi; egli li ha studiati dal punto di vista del loro numero e del loro modo di distribuzione. Nei pulmoni, i bacilli si rinvengono soprattutto vicino alle caverne, nelle pareti delle escavazioni. Essi sono numerosi nella zona embrionaria, e specialmente in mezzo alle cellule epitelioidi. Il più delle volte sono contenuti in queste stesse cellule, e divengono liberi soltanto quando, mediante una specie di necrosi da coagulazione, queste cellule si disfanno in frammenti, e danno luogo ad ammassi di detrito più o meno riconoscibili.

È sempre nella zona embrionaria, e specialmente nella zona epitelioide, che questi microfiti sono più numerosi; il più delle volte scompajono a misura che si produce la caseificazione. In altri casi, guadagnano sempre più la periferia, mercè un vero movimento di espansione.

Lo stesso si riscontra nel fegato, nei reni e nelle capsule surrenali.

WESEMER ha constatato, che il numero dei bacilli accertati vicino alle caverne, non sta in alcun rapporto con la quantità di questi microrganismi rinvenuti negli espettorati. Oltre a ciò, afferma che non vi ha alcun nesso fra la quantità dei bacilli negli espettorati e l'intensità dei fenomeni febbrili durante la vita.

In alcuni casi di tubercolosi miliare mancavano i bacilli, altre volte esistevano. Ciò naturalmente fa accampare la seguente domanda: si tratta forse, in certi casi, di spore che sfuggono alla colorazione e quindi all'esame?

(*Schmidt's Jahrbücher.*)

7) Fütterer. *Ueber eine Modification der Ehrlich'schen Färbemethode für Tuberkelbacillen im Gewebe.* (*Sopra una modificazione del metodo di* Ehrlich *per la colorazione dei bacilli tubercolari nei tessuti.*)

L' A. ricorda con quanta e quale difficoltà si giunga a colorare nettamente i bacilli tubercolari nei tessuti; egli indica un processo che gli avrebbe dato eccellenti risultati. La colorazione colla fucsina viene praticata come al solito. Per la decolorazione, egli pone il taglio in una lastrina di orologio ripiena di alcool, al quale si aggiungono 3 gocce di acido nitrico, si allontana il taglio quando esso non mostra più che una leggiera tinta rosea, indi lo si pone per un minuto in una soluzione di 1|500 di *cloruro di palladio* recentemente filtrato; poscia si lava con l'acqua, si immerge per alcuni minuti nell'alcool acidificato, si chiarifica con olio di cedro, e si chiude col balsamo del Canadà.

Il cloruro di palladio fissa energicamente la fucsina sui bacilli, permette di decolorare il taglio assolutamente durante il suo secondo passaggio nell' alcool acidificato. La fucsina fissata in tal modo sui bacilli, non si scioglie più nell'alcool, nell'etere, nel cloroformio e nell'essenza di trementina. I bacilli della lepra possono essere preparati nello stesso modo. L' inconveniente del cloruro di palladio è di essere caro; ma ce ne vuole ben poco per l'esame.

(*Virchow's Jahresberichte.*)

8) Keilmann. *Die Belandlung der Tuberkulose.* (*La cura della Tubercolosi.*)

L' A. in quest'articolo, che si distingue per una straordinaria veemenza, attacca con insolita energia l'uso degli antisettici nella tubercolosi. Egli dice quanto segue: — A non pochi è noto che un giorno Cohnheim interpellato sul valore del libro di Jaccoud, *la curabilità della Tisi*, sorrise e rispose, che *al medico, quando viene chiamato per curare un tisico, anche se nello stato incipientissimo della malattia, non resta altro còmpito che quello di accingersi a fare, in un tempo più o meno breve, la dichiarazione di morte dell'infermo.* Riesce strano, quindi, come mai alcuni possano sognare, anzi vaneggiare fino al punto da credere, che la tubercolosi sia suscettibile di guarigione. E tanto meno poi la guarigione può essere ottenuta cogli antisettici, l'amministrazione dei quali nella malattia in parola è la vera negazione del buon senso e della scienza. Secondo l' A. gli antisettici potrebbero essere giustificati nella tubercolosi solo quando fosse provato in

modo perentorio ed irrefragabile che: 1) la tubercolosi è *dovuta realmente* ai bacilli, 2) che nella cura della tisi basta uccidere i bacilli di Koch per ottenere *non solo un arresto dell'affezione, ma anche la scomparsa delle profonde alterazioni istologiche determinate dai bacilli.* Ora, nessuno si è dato mai la pena di dimostrare tali fatti, anzi, l' osservazione clinica spregiudicata, mostra che in quest'affezione ben lungi dal trattarsi di bacilli, si tratti nè più nè meno che di una profonda *alterazione discrasica generale*, la quale quando è pervenuta ad un dato punto, trae con sè la *degenerazione tubercolare dell' organismo*, nel modo stesso come si ha la cachessia cancerigna quando gli elementi del cancro hanno già invaso tutto l'organismo, ecc. Con ciò riesce facile spiegare in qual modo si possa avere la *orchite* o la *pericardite* o la *prostatite tubercolare primitiva.* Ma i seguaci della teoria parassitaria come mai potranno spiegare quest'ultima? Ammesso che si tratti di una discrasia, riesce facile comprendere in qual modo talvolta ammali primitivamente il rene, od il *testicolo*, o le *vertebre* (*spondilite tubercolare*) o la prostata; il *locus minoris resistentiae* spiega allora tutto. Se il bacillo fosse causa delle *affezioni tubercolari*, le alterazioni dovrebbero stare in rapporto colla massa dei bacilli che esistono nel territorio infermo. Ora, l' osservazione clinica e batterioscopica ci mostra in modo incontestabile, che il più delle volte si ha occasione di osservare l'opposto. A migliaja si osservano tuttodì i casi di tubercolosi, nei quali l'affezione progredisce con la massima lentezza, e talvolta presenta lunghe pause, mentre l'espettorato formicola di bacilli, e l'ascoltazione e la percussione mostrano vaste lesioni pulmonari. Viceversa, non sono punto rari i casi nei quali mentre l' espettorato non presenta affatto o ben pochi bacilli e l'ispezione fisica rivela tenui lesioni , l' affezione ha un decorso rapido, invadente, talfiata fulmineo. Ogni medico che ha fatto un poco di pratica negli ospedali ha potuto agevolmente osservare queste *apparenti* anomalie, le quali rivelano a chiare note, che *non ancora* conosciamo l'essenza della tisi. L'A. nega qualsiasi valore pratico agli esperimenti di Koch e suoi seguaci, i quali, tenendo a base i risultati positivi ottenuti inoculando bacilli nei porcellini d'India e nei conigli, credono che appunto questi bacilli costituiscano il *fattore etiologico* della tubercolosi. Egli fa rilevare, che non poche volte alcuni sperimentatori inoculando il sangue di gengive scorbutiche determinarono lesioni identiche allo scorbuto. Ora, chi mai, in base a tali fatti vorrà accampare la teoria che lo scorbuto è un'affezione contagiosa? Esistono nella scienza esperimenti bene accertati, nei quali *inoculando particelle di cancro, si determinò la genesi del cancro.* Ma significa ciò forse che il cancro è una malattia contagiosa?

Neppure per ombra. Già da più di trent'anni, BEIGEL ha dimostrato in modo tassativo, che in natura le malattie si originano ben diversamente da ciò che si riesce a produrle nei laboratorii. Oggi, i patologi ed i clinici hanno dimenticato la profondissima sentenza di quest'Autore, cioè che uno dei grandi progressi della medicina era certamente costituito dall'aver potuto in ultima analisi comprendere, che nel modo istesso come si nasce poeta, matematico, oratore, ecc., così parimenti si nasce tisico, tabico, polisarcico, ecc. Val dire, che l'essere umano nel momento in cui viene generato, acquista non pure certe proprietà intellettuali, che egli poi svolgerà durante la vita extrauterina, ma *porta con sè, già in fieri, il germe della malattia che deve trascinarlo nella tomba, a scadenza più o meno breve*. BEIGEL affermava, e con ragione, che l'atto della generazione è una cambiale che si contrae fra le forze vitali dei genitori e la natura. Se le prime sono valide, quest'ultima si presenta a riscuotere il suo credito dopo lungo tempo ; in caso opposto, da creditrice spietata darà subito lo sfratto ed il sequestro a chi venne nel mondo malandato nel fisico. Oltre a ciò, l'A. si scaglia con grande veemenza contro la « *marea parassitaria* » che oggi ha invasa tutta la Patologia, e che secondo lui è pervenuta ad un grado di « *delirio vertiginoso* ». Oggi non si domanda più , come una volta: quali sono le malattie parassitarie ? L'unica domanda possibile è: quali sono le affezioni non parassitarie, giacchè queste ultime, oggi sono divenute (secondo l'opinione dei batteriologi) una piccola frazione a paragone delle prime, e di questo passo non si tarderà molto a radiarle dal quadro delle affezioni non *parassitarie*. La Patologia si ridurrà e trasformerà in *batteriologia* e la cura in *batterioterapia*.

Se fosse vero tutto ciò che oggi viene affermato dai batteriologi, bisognerebbe — dice KEILMANN — che si realizzasse ciò che ultimamente affermava uno scolare di WERTHEIMBER, cioè che tutti i cittadini si riunissero in massa, e formulassero una petizione allo Stato, acciò ponesse dei colossali polverizzatori alla LISTER davanti alle case di ogni cittadino, per premunirli alla meglio da quella enorme, anzi infinita miriade di batterii di ogni specie e qualità, che ci regalano le delizie della tisi, della endocardite ulcerativa, della paralisi ascendente acuta, della eclampsia, della metrite emorragica, della nevrite multipla, del tifò, del vajuolo, ecc., e che vagolano impercettibili nell'aria, aspettando, per penetrare nel corpo, che un povero diavolo schiuda la bocca, e lì, secondo che loro meglio convenga, sonnecchiare per qualche tempo, e poscia incominciare a svolgere le loro benefiche proprietà, ovvero accingersi subito al lavoro, senza posa, nè tregua,

e fare gustare al povero mortale che li alberga tutte le amenità del loro soggiorno. Anzi, questo dotto scolare di Wertheimber faceva le alte meraviglie, come mai, in tanta colluvie di batterii ed in tanto acume per investigarli, a nessuno fosse ancora venuto in mente di modificare un poco la dietetica, anzi di praticare una profonda innovazione su tale riguardo. Ogni buon cittadino prenderebbe allora al mattino la sua brava bistecca profumata di acido fenico, sbocconcellerebbe a mezzodì un poco di sauerkraut al jodoformio, alla sera mangerebbe qualche focaccia innaffiata da qualche presettina di acido salicilico, e per cinque o sei volte al giorno si laverebbe le mani con permanganato di potassio. Al meno, ciò sarebbe certamente più razionale e più in armonia con le vigenti teorie, che non la maschera di jodoformio nel periodo delle caverne pulmonali.

La conclusione di quest'articolo è molto mesta. L'A. afferma che in questo secolo, ciò che ha fatto molti progressi è l'Anatomia Patologica, la quale sventuratamente ci ha fatto comprendere una verità delle più dure e più terribili, cioè che la tisi deve essere annoverata in quella vasta serie di processi distruttivi, contro i quali la terapia *è assolutamente impotente.* La cura della tisi è ancora un *desideratum*. Essa non ancora è sbucciata. Quella moderna (con gli antisettici) è insensata e ridicola; quella antica (aria e luce), tuttochè non dia la guarigione, è certamente di gran lunga superiore a quella attuale. (*Oest. med. Presse.*)

Ho voluto riferire testualmente le cose principali di quest'articolo, lasciando libere ad ognuno le relative apprezziazioni.

V. Meyer.

Desvernine. *Della contrazione di Westphal nella laringodinamica.*

Secondo il parere dell'A., nel meccanismo muscolare che presiede alla tensione antero-posteriore delle corde vocali, uno dei fattori essenziali sarebbe costituito dalla immobilizzazione attiva della cartilagine tiroide mercè l'antagonismo armonico dei muscoli sopra ed infra-joidei. L'argomento mi è sembrato così interessante che ho creduto opportuno riferire quasi testualmente tutto quello che Desvernine ha accampato.

Questo concetto sulla tensione delle corde lo ha spinto a formulare i particolari di una nuova patogenesi, da aggregare al gruppo delle disfonie da impotenza motrice; e tenendo a base la

osservazione clinica, ha esposto i caratteri distintivi di certi stati paralitici della laringe, che finora non sono stati descritti.

Nelle sue inferme (isteriche) l'A. ha osservato che la trazione della lingua in avanti permetteva la emissione di suoni laringei, che è impossibile produrre nelle ordinarie condizioni di vocalizzazione, e questo risultato è stato da lui attribuito alla elevazione ed immobilizzazione *passiva* della c. tiroide, il che rende effettiva l'azione muscolare che ha sotto la sua dipendenza immediata l'allungamento delle corde, cioè la contrazione dei *crico-tiroidei*.

Ultimamente in un caso (di origine sifilitica), pertinente al gruppo delle paralisi da lui studiate, l'A. potette osservare nell'infermo (disfonico) la ricomparsa della voce, non solo *durante* la trazione della lingua, ma anche qualche momento *dopo*.

Tutti i laringologi hanno osservato casi analoghi.

M. Sherry (1) nel riferire uno dei suoi casi dice quanto segue: « introducendo lo specchio laringoscopico ed ingiungendo all'inferma di emettere la vocale *a*, si notò che le corde si ravvicinavano in modo normale, e producevano un suono chiaro ed abbastanza alto ».

Ritirato lo specchietto, fu ingiunto all'inferma di contare *uno, due, tre*; essa poteva far ciò con voce netta e comprensibile, e poteva anche parlare dopo; ma domandandole quanto tempo era stata senza poter parlare, rispose con un filo appena percettibile di voce: « *sei settimane* ».

Moure (2) cita un caso di paralisi isterica dei dilatatori della glottide e tensori longitudinali delle corde, e dice: « durante l'esame si produce un fenomeno abbastanza comune nelle paralisi nervose, cioè che non appena lo specchietto si colloca davanti all'ugola, l'inferma pronunzia molto distintamente ed a voce *alta* la vocale *e*, ma ridiviene afonica non appena lo specchietto viene ritirato dalla cavità orale ».

I laringologi che si sono occupati di spiegare questi fenomeni, attribuiscono il ripristinamento della motilità laringea ad un'*impressione psichica suggestiva*, la quale sarebbe determinata dalle manovre tecniche della ispezione intra-laringea.

Questa teoria è ammissibile per un certo gruppo di casi, che possono essere anche precisati. Ma, secondo l'opinione dell'A., in altri casi (e non sono pochi) il ripristinamento della motilità ubbidisce alla trazione linguale e non alla presenza dello specchietto nelle fauci.

---

(1) *Functional neurosis of the throat and nose. Americ. Journ. of Med. Sciences N.° CLXXX. New Series; oct. 1855, pag. 414.*

(2) *Recueil clinique sur les maladies du larynx. 1884. T. 1. f. 1. pag 51.*

Molte volte egli ha potuto accertare, che durante ed immediatamente dopo la trazione della lingua, la voce ricompare *anche senza che vi sia lo specchietto nelle fauci.*

Quando in uno stesso individuo si è riuscito a determinare il grado di trazione della lingua, necessario per provocare il fenomeno (ammesso che si proceda sempre nello stesso modo), *fa d'uopo che lo sforzo pervenga ad un certo punto per ristabilire la motilità* e con essa la fonazione.

Questi fatti si oppongono ad ammettere esclusivamente la teoria psichica, e fa d'uopo ricercare la soluzione del problema altrove, tenendo presenti certi dati scientifici accertati in questi ultimi tempi, e proprio lo studio di taluni disturbi della motilità muscolare riflessa.

Secondo l'A., un fattore potente nella produzione di questi fenomeni della motilità laringea, è appunto « *la contrazione muscolare paradossale* », descritta da Westphal.

Nel 1878, Westphal descrisse talune contrazioni determinate dal ravvicinamento delle inserzioni tendinee di certi muscoli, e da ciò il qualificativo con cui egli le ha designate. Per es., se in certi stati del sistema nervoso accade la flessione brusca del piede sopra la gamba, ne succede che il tibiale anteriore prova una contrazione violenta, il suo tendine diviene sensibile sotto la pelle, e per conseguenza il piede resta per qualche tempo nella detta posizione.

Questo fenomeno dura da alcuni secondi ad ore intere: ventisette minuti in un caso di Westphal, ed ore intere in alcuni casi di Charcot e di Richer.

Westphal riguarda questo fenomeno come il risultato di un *fattore positivo* (paradossale), e ritiene che il suo meccanismo sia un *quid* diametralmente opposto al *clono* del piede, che viene prodotto dalla trazione del soleo e dei gemelli.

Mendelssohn attribuisce la contrazione paradossale ad un disquilibrio del *tono* in certi gruppi muscolari e loro antagonisti; Charcot e Richer hanno dimostrato che effettivamente la contrazione si origina dalla brusca tensione degli antagonisti. Questi investigatori hanno osservato che la contrazione consecutiva (in certi casi di isterismo) alla flessione subita da un'articolazione, non interessa soltanto il gruppo muscolare le cui inserzioni si sono ravvicinate, ma anche i suoi antagonisti.

Il massaggio, le diverse eccitazioni dirette sono una pruova irrefragabile di questa interpretazione.

Uno stimolo, applicato ad un gruppo muscolare qualsiasi, esercita egualmente influenza sopra gli antagonisti, e l'azione di questi ultimi è preponderante se si disturba in un modo qualsiasi la retrazione dei muscoli eccitati.

Da ciò si deduce, che la « contrazione paradossale » è — in certi stati patologici — la esagerazione di un atto riflesso normale — da muscolo a muscolo — che provoca il sinergismo muscolare di ogni movimento attivo, fisiologico.

L'eccitazione afferente parte dal muscolo allungato o eccitato, perviene ai suoi corrispondenti centri motori nella midolla, e di là passa, per fibre commessurali, al centro motore degli antagonisti ; nello stato normale l'azione antagonista è semplicemente moderatrice (CHARCOT e RICHER).

Come già è stato detto, questo fenomeno della contrattilità muscolare riflessa si verifica in certe acinesie laringee funzionali.

Nelle paralisi per tensione longitudinale insufficiente delle corde, (è evidente che la trazione della lingua determina l' allungamento dei muscoli infra-joidei) vi sarebbe deficienza funzionale nei rispettivi antagonisti : i soprajoidei o elevatori della tiroide.

Secondo l'A., a favore di questa interpretazione deporrebbe il fatto, che in questa forma di paralisi, nelle quali il laringoscopio non accerta nessuna anomalia delle corde, si produce con grandissima frequenza la ricomparsa della voce immediatamente dopo l'esame laringoscopico.

Si potrebbe obbiettare, che nelle paralisi degli adduttori l'elemento psichico è l'unico che interviene nel ripristinamento della motilità, ammesso che l'ispezione laringea non possa esercitare in nessun modo una qualche influenza meccanica sopra il gruppo muscolare inattivo,

Analizziamo il vero stato delle cose.

Anzitutto accertiamo un fatto che depone a nostro favore, cioè che nelle paralisi degli adduttori laringei, non è tanto frequente il ripristinamento della voce col semplice esame laringoscopico. Come già fu detto, il maggior numero dei casi avviene nelle paralisi dei tensori.

Tuttavia, vi ha un' altra serie di fatti, che militano a favore dell'opinione dell'A., ed essi sono i seguenti :

Il Dr. A. K. OLLIVER (1) ha proposto come mezzo di cura efficace delle afonie, dovute alla paralisi degli adduttori, la compressione bilaterale delle ali della tiroide durante uno sforzo di vocalizzazione. Questa idea è fondata sul meccanismo valvolare delle corde, descritto da J. WYLIE (2), il quale dimostrò la esistenza di una vera disposizione valvolare delle corde vocali e ligamenti ventricolari.

Da questo fatto risulta, che, pur prescindendo dall' adduzione

(1) *Mac. Sherry. Loc. cit. p. 416.*
(2) *The Edimb. Med. Journ. Vol. XII. Sept. 1876.*

delle corde vocali, la colonna di aria espirata attraversa liberamente la glottide, divaricando più o meno le corde, secondo il grado di tensione trasversale e longitudinale in cui esse si incontrano.

In vece, durante la inspirazione, la colonna di aria discendente, spinge da un lato i ligamenti; però accade simultaneamente la compressione tiroidea bilaterale o uno sforzo di vocalizzazione; l'aria inspirata incontra nella superficie superiore delle corde un piano orizzontale, il quale per la sua leggiera inclinazione in fuori ed in sopra, offre una resistenza considerevole.

La risultante di queste due forze è l'energica adduzione delle corde, con la consecutiva rotazione delle aritenoidi.

Il dottore Oliver nelle paralisi degli adduttori per ristabilire la motilità consiglia — come cura — la compressione tiroidea bilaterale, nel momento di uno sforzo fonetico durante l'inspirazione.

Mc. Sherry (1) che ha adoperato scrupolosamente questo mezzo, dichiara che nelle afonie isteriche la voce ricompare quasi sempre durante la inspirazione. Anche nelle paralisi organiche degli adduttori, la emissione dei suoni accade più facilmente durante la inspirazione.

Ma nè Mc. Sherry, nè Olliver, e nessun laringoscopista hanno potuto spiegare questi fatti.

Secondo l'A., questi fenomeni possono essere spiegati col meccanismo della contrazione paradossale, il quale è l'unico che possa darci una soluzione scientifica di questo problema di dinamica muscolare. Almeno, tanto la trazione della lingua nelle paralisi per tensione longitudinale insufficiente, quanto la compressione tiroidea (durante la inspirazione fonetica) nelle paralisi degli adduttori, creano le condizioni, le quali provocano la suddetta contrazione in altri gruppi muscolari.

L'A. termina l'articolo dichiarando, che egli non intende di spiegare con questo meccanismo tutti i fenomeni laringologici di cotesta indole. Ma nulla si oppone a che in un certo numero di casi questo sinergismo muscolare fra gli antagonisti, è ciò che ristabilisce l'equilibrio nel disturbo meccanico.

Secondo lui, non vi ha alcun motivo per non ammettere che la motilità laringea non è soggetta alle stesse leggi della motilità riflessa generale.

Cronica Medico-Quirurgica de la Habana)

V. Meyer.

---

(1) *Loc. cit.* p. 417.

J. Moure. *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.* Paris, 1886.

Ai nostri vicini di oltrealpi è stato sempre attribuito, e con ragione, il pregio di possedere una esposizione *lucida e metodica* nelle loro opere, ed a cio appunto si deve, in massima parte, la grande diffusione che hanno ovunque i loro scritti. Questo gran pregio, inerente agli scrittori francesi, è posseduto in grado distinto dal nostro egregio confratello di Bordeau, il quale già noto nel mondo scientifico per alcune dotte memorie sulla nostra specialità, ha dimostrato vieppiù la sua valentia con questo *manuale pratico sulle malattie delle fosse nasali* e *della cavità naso-faringea.* In circa trecento pagine di un elegantissimo volumetto in ottavo, l' A. ha descritto con mirabile spigliatezza e lucidità, alla quale si accompagna sempre una sobria erudizione, tutti i morbi che si indovano e si esplicano in questa regione anatomica del corpo. Il campo delle rinopatie, che fino a circa trent'anni or sono era ben poco noto, giacchè allora tutte le relative conoscenze si limitavano alle corizze ed ai tumori nasali, grazie agli splendidi lavori di Türck, Czermak, Voltolini, Zaufall, Hack, Zuckerkandl, Fraenkel ed altri, lavori che sono stati coronati da frutti tanto splendidi, costituisce oggi una *specialità*, la quale è, e resterà come una delle più belle conquiste scientifiche del secolo decimonono. Ma, l'essersi elevata la rinojatria all'altezza di una specialità, non implica punto che il medico generico debba essere assolutamente digiuno delle relative conoscenze; tutt'altro. Oggi, in cui la Clinica e l'Anatomia Patologica dimostrano, con una miriade di fatti, i rapporti multipli e svariatissimi esistenti fra le varie località anatomiche dell'organismo (es. l'asma dovuto a polipi nasali, la tosse provocata da lesioni della stessa sede, le nevralgie, le vertigini ecc.), il medico generico ha *per lo meno* l' obbligo imprescindibile di avere una nozione precisa di quelle branche della medicina, che si sono elevate all'altezza di *discipline autoctone*, acciò nel singolo caso sappia far tesoro di tutti i più recenti portati della medicina, a vantaggio dei poveri infermi. All'occorrenza egli *potrà*, e talvolta *dovrà* consultare lo specialista, per essere illuminato sulla prognosi, la cura, ecc.; ma ignorare i *risultamenti generali* di una disciplina *speciale* medica, e soprattutto della rinojatria, la quale ha addentellati immensi con le affezioni più comuni che tuttodì incontra di osservare nella pratica, sarebbe un errore imperdonabile, che ridonderebbe a scapito della fama e del decoro di un medico ed a detrimento del povero infermo.

Ciò premesso, è agevole comprendere di quanta importanza e di quale difficoltà sia la elaborazione di piccoli manuali, nei quali venga trattata in modo sobrio e conciso, senza eccedere in più od in meno, e con la massima chiarezza possibile, una data specialità. Lo so per prova io che, obbligato a scrivere un simile articolo per l'Enciclopedia Medica Italiana, ho dovuto lavorare, come io stesso non avrei giammai creduto, per riunire le nozioni preziose sparse in mille monografie speciali, scritte in lingue diversissime. Tale è il caso del manuale delle rinopatie del Dr. Moure, nel quale tanto la parte fisio-anatomica, quanto quella clinico-patologica sono esposte con tale lucidità e precisione, da far sì che il medico generico abbia una idea esatta di tutto ciò che *deve* conoscere, e lo specialista una *guida* nel suo insegnamento dalla cattedra. Le descrizioni sobrie, precise ed accompagnate da belle figure illustrative; la esatta ripartizione del materiale da esporre; quella giusta proporzione per così dire nella esegesi dei quadri patologici; le giuste considerazioni cliniche che l'A. fa in ogni capitolo delle rinopatie e rino-faringopatie, ecc., rendono questo Manuale un modello della sua specie. Ad esso, quindi, non può mancare una favorevole accoglienza anche da parte del pubblico medico italiano.

F. Massei

Rafael Ariza. *De la tubercolosis laringea poliposa y vegetante en Espana y en el Extranjero.*

L'Autore, il quale già da lungo tempo gode fra i laringoscopisti fama di osservatore paziente ed acuto, ha studiato con speciale predilezione la tubercolosi laringea, come chiaramente attestano le sue numerose memorie su quest'argomento (*Polipo subepiglottico de forma bifida y de naturaleza tubercolosa — La tisis laringea ante el laringoscopio*, ecc.), nelle quali egli *per il primo* fece rilevare il fatto, che le *ipertrofie* laringee hanno — per la diagnosi — una importanza maggiore delle stesse ulcerazioni. Già fin dal 1877 l'A. ha richiamato l'attenzione dei colleghi sulla *tubercolosi poliposa e vegetante*, la quale (si badi bene) può anche non subire la fase ulcerosa. Così per es. l'A. non ha guari estirpava un polipo tubercolare impiantato sopra una delle corde vocali, e con i caustici ne distrusse un altro, che avea sede nella regione meso-aritenoidea; nè l'uno, nè l'altro prendevano punto di partenza da una superficie ulcerata o mostravano la menoma traccia di ulcerazione. Ora, malgrado le numerose memorie nelle quali l'A. ha fatto rilevare in modo evidentissimo questa nuova entità clinica della tubercolosi, fino a poco tempo addietro nessuno prestò

ascolto alla sua voce, quando il prof. Schnitzler di Vienna, nel Novembre del 1884 descrisse un caso di *tumore tubercolare della laringe estirpato per via endolaringea* (*Viener Med. Presse. 1884*), che noi non mancammo di riferire ai lettori degli Archivii.

E fin qui nulla di male; anzi è da compiacersi che il dotto prof. Viennese abbia saputo tanto bene interpretare e curare questo caso. Dove la nota incomincia a stuonare, sta in ciò: che Schnitzler attribuisce a sè la priorità della esatta interpretazione diagnostica *intra vitam* di questi tumori, ed al Dr. Chiari di Vienna quella *post mortem*. Ciò ha dato un pochino ai nervi al Dr. John Mackenzie di Baltimora, il quale in una lettera diretta all'*Internationales Centralblatt für Laryngologie*, cerca di avocare a sè la priorità di questa scoverta, ed afferma che durante il tempo in cui egli stette a Vienna per studiare sotto la direzione di Chiari l' Anatomia Patologica, nel *Rudolf-Hospital*, fece l'analisi istologica di un tumore estirpato dalla laringe di un *cadavere*, e trovò che era costituito da un' agglomerazione di tubercoli miliari, indipendenti dalla infiltrazione e dalla ulcerazione delle corde. Egli, quindi, afferma che il merito dell'esame istologico e della rispettiva interpretazione spetta non già al suo maestro (al prof. Chiari) ma a lui. Nello stesso caso di Percy Kidd (di Londra) pubblicato nel *Brit. med. Journ.* del 26 Aprile 1884, l'esame istologico e la rispettiva interpretazione furono fatti *post mortem*; ciò non pertanto anche Kidd ha voluto rivendicarsi la priorità di questa scoverta, il che ha esasperato John Mackenzie. Da ciò un' altra polemica fra questi due Autori. Come è agevole comprendere, si tratta di una faccenda abbastanza comica, perchè questi Signori fanno a pugni per arrogare, ciascuno a sè, il merito di detta scoverta, ma nessuno di essi si è dato la pena di rivangare un poco nella Letteratura, per accertare se vi sia stato *antecedentemente qualcuno*, che per avventura avesse già detto qualche parola sul riguardo. In tal caso, si sarebbero risparmiate molte bizze e molti malumori, e—diciamolo molto più francamente—si sarebbe proceduto con più equità, senza presentare al mondo scientifico uno spettacolo, che rasenta i limiti del nauseabondo, giacchè non sapremmo come qualificare diversamente questa pettegola guerricciuola che si fa tanto scempiamente, per arrogarsi meriti scientifici che spettano ad altri. Ci permettiamo parole un poco dure, perchè da qualche tempo si sta ripetendo nella scienza questa brutta magagna, nella quale tocca sempre la peggio a quelli che sanno gridare e strombazzare meno: un' arte oggi abbastanza in voga, che dà buoni frutti, e che gl' italiani in prima, e gli spagnuoli in seconda linea hanno disimparato. Oh! che il cervello di questi popoli è davvero affetto

da degenerazione amiloide o grassa, per cui non sono al caso di fare anch'essi di tratto in tratto qualche buona osservazione clinica od anatomica, di guisa che è inutile andare rimuginando nella loro recente letteratura, per trovare qualche cosa di nuovo? Sembra questa sia l'opinione di molti dotti di oltrealpi ed oltremare! Badino bene, però, perchè il tempo, questo « *calvo campanajo ed eterno sagrestano* » qualche volta (sventuratamente non sempre) è un poco galantuomo e le cose vengono allora rimesse al loro posto. È una considerazione un poco malanconica, se si vuole anche vecchia come il Salterio, la quale però non cessa di essere vera. V. Meyer

M. Lermoyez. *Étude expérimentale sur la phonation.*

L'A., noto nel mondo scientifico per altri pregevolissimi lavori mandati a luce su quest'argomento, ci ha dato ora, in questo libro di piccola mole, un trattato completo sulla fonazione, della quale esamina anzitutto il meccanismo nei suoi quattro modi di studio più importanti, cioe sull'*uomo vivente*, sull'*animale*, col *laringe artificiale* e sul *cadavere*. A questa prima ed importantissima parte del lavoro (nella quale l'A. facendo tesoro delle ultime splendide ricerche di Hopmann, Ruedinger, Gay, Mueller, Ruehlmann e di una vasta serie di osservazioni personali ha dato una teoria completa della fonazione esponendo tutto in modo magistrale e competente) segue un lavoro critico sulle varie teorie finora emesse sulla formazione della voce, e qui l'A. prende a minuta disamina il meccanismo fisiologico della occlusione della glottide, della tensione attiva delle corde vocali, nonchè della peculiare azione dei muscoli laringei (tiro-aritenoideo, crico-aritenoideo laterale, aritenoideo postico, crico-tiroideo, ecc.). Nella terza ed ultima parte viene preso in esame il modo come vibrano le corde vocali, e si sottopone ad una critica accurata la teoria secondo la quale il suono vocale sarebbe dovuto alle vibrazioni delle corde e quella secondo cui sarebbe prodotto dalle vibrazioni dell'aria. Quivi l'A. con larga copia di argomenti calzanti mostra che le nostre conoscenze fisio-patologiche e cliniche depongono a favore della prima di queste teorie, e bisogna assolutamente ammettere che le corde vocali risuonano non per interruzione della corrente d'aria, ma in virtù delle loro proprie vibrazioni, le quali impartite all'aria non fanno che aumentare fino ad un certo punto il suono.

Dolenti che lo spazio ci vieti di prendere in minuta disamina questo importante lavoro del dotto fisiologico francese, ci dobbiamo contentare di averne citato la pubblicazione, raccomandandolo ai medici italiani. V. Meyer

[illegible]

[illegible]

[illegible] per bene la laringe, ed al 1° Aprile il prof. MADELUNG estirpò con felice risultato il tumore glandulare, malgrado l'intima aderenza che esso aveva già contratto con la vena giugulare. L'esame microscopico fatto da MADELUNG fece rilevare che si trattava di un neoplasma di indole cancerigna. Nel giugno del 1885 si ebbe un'altra recidiva intralaringea. L'A. afferrò il tumore con l'ansa, ed in due sedute l'asportò completamente (1). A partire da quell'epoca non si è più avuta nessuna recidiva, e l'infermo (che oggi conta 75 anni gode ottima salute. Quindi esso può essere ritenuto come completamente guarito. Anche la voce è ben conservata.

L'A. porta opinione che questo caso giustifichi *il metodo di operazione intralaringea anche contro i cancroidi laringei.*

Oest. med. Presse.

BRESGEN. *Epistaxis (Epistassi).*

Quest'articolo, inserito nella *Real Encyclopädie der Gesammten Heilkunde*, merita lodi, soprattutto perchè l'A., al pari di tutti gli specialisti degni di questo nome, mostra a chiare note quanto sia assurda e maligna la obbiezione accampata da parecchi medici generici, che cioè lo studio della *specialità* facendo perdere di vista lo studio dell'*organismo* apporta conseguenze nocive

(1) È degno di nota il fatto, che l'ultima volta l'A. alla estirpazione del tumore non fece seguire la causticazione col galvano-cauterio, come aveva praticato nelle precedenti sedute.

nel campo della teoria e della pratica. L'A. definisce anzitutto l'epistassi, esamina le sue diverse forme, prende in considerazione tutti quelli stati patologici dell'organismo (malattie infettive acute, iperemie da stasi, ecc.), nei quali l'epistassi è frequente; fa rilevare tutti i rapporti fisio-patologici che intercedono fra il naso e gli organi del corpo, ed in ultimo tratta adeguatamente la prognosi e la cura della rinorragia. Lieti di poter constatare il progressivo sviluppo della scienza che coltiviamo, raccomandiamo ai medici generici ed agli specialisti la lettura di questo interessante articolo.

THIERSCH. *Kehlkopfexstirpation (Estirpazione della laringe).*

L'A. presenta un preparato, appartenente al cadavere di un uomo, al quale egli quattro anni e mezzo prima estirpò la laringe per carcinoma. Non si verificò alcuna recidiva; l'individuo morì di pulmonite. Questo preparato mostra la reciproca posizione della sezione superiore della trachea, della faringe e della epiglottide. (*Schmidt's Jahrb*).

V. MEYER.

VARIA

Annunziamo con vivo compiacimento che la monografia « ERISIPELA PRIMARIA DELLA LARINGE » del Prof. F. MASSEI, è stata recentemente tradotta in tedesco del Dr. V. MEYER e pubblicata a Berlino dal solerte Editore A. HIRSCWALD. L'edizione è accuratissima e vogliamo sperare che grazie a questa fortunata circostanza, le idee dell'Autore abbiano a trovare un'eco feconda presso i dotti di Germania.

Nel prossimo Ottobre, dal 1° all'8, avrà luogo a Biarritz il *primo Congresso internazionale d'Idrologia e di Climatologia*, presidente onorario il Ministro di Commercio e presidente effettivo il Dott. DURAND-FARDEL.

Per far parte del Congresso basta inviare una lettera d'adesione con vaglia postale di L. 12 a M.r le *Vicomte* DE CHASTEIGNER, *trésorier de Biarritz-Association, à Biarritz.*

Le Compagnie delle Strade Ferrate francesi e del Nord della Spagna accordano la riduzione del 50 per cento, ma esigono che la lista degli aderenti al Congresso sia inviata loro il primo di Settembre al più tardi; e perciò tutte le adesioni che perverranno ulteriormente non potranno usufruire dello stesso vantaggio.

Ogni aderente riceverà prontamente il Regolamento del Congresso, il Questionario, il piano delle escursioni, un certificato per la riduzione sul prezzo di viaggio sulle strade ferrate francesi ed altre indicazioni.

È stata costituita a Barcellona una *Società Spagnuola di Laringologia, Otologia* e *Rinologia*, e la prima seduta ha avuto luogo nel mese di Maggio p. p. Si è anche pubblicato il Regolamento riguardante l'organizzazione di detta Società, le sue sessioni, lo scopo, la nomina a membro, la rata di pagamento, la pubblicazione dei lavori ecc.

Per inviare domande d'adesione e rimettere lavori, bisogna dirigersi al Dr. D. PEDRO VERDOS (*calle* DE CASPE, *num.* 71, *piso* 1°).

Sebbene con ritardo, facciamo noto che nel mese d'Aprile p. p. ha avuto luogo la Sessione Generale della Società Francese d'Otologia e Laringologia.

È stato pubblicato il programma del Congresso Annuale dell'*Associazione Americana di Laringologia*, tenutosi a Filadelfia nei giorni 27, 28 e 29 del mese di Maggio p. p.

LIBRI VENUTI IN DONO

---

malfi Giuseppe. – Aspiratore per meteorismo addominale. Napoli, 1885.

omma Dott. **G.** – Sulla rivaccinazione. Pensieri. Napoli, 1886.

rancaccio Prof. **F.** – Ueber das Hühnerblut als Heilmittel bei der Behandlung der sogenannten essentiellen (primären) Anämien. Praga, 1885.

Bresgen Dott **M.** – Epistaxis. 1886.

Abate Prof. **C.** – L' elettricità e la paralisi dei muscoli crico-aritenoidei posteriori. Catania, 1886.

– La pulmonite all' apice. Seconda Edizione. Catania, 1886.

Serafino Dott. **R.** – Il censimento vaccinico del Comune di Napoli per l' anno 1885. Napoli, 1886.

Margary Dott. **F.** – Amputation supravaginale de l'utérus par le vagin, pour Fibromyomes multiples de la paroi postérieure. Turin, 1886.

Morra Prof. **V.** – Delle sifilopatie faringo-laringee in rapporto al loro divenire. Prelezione. Napoli, 1886.

Solis Cohen. – Three cases of pressure upon the recurrent laryngeal nerve from different causes, with fixation of the left vocal band in phonatory position. Philadelphia, 1886.

Fasano Prof. **A.** – Ultimi progressi della Laringojatria ed importanza di quest' ultima. Prelezione. Napoli, 1886.

Lichtwitz Dott. **L.** – Des troubles de la voix articulée (parole) dans les affections du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales. Paris, 1886.

Moure Dott. **E. J.** – Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. Paris, 1886.

Lermoyez Dott. **M.** – Étude expérimentale sur la phonation. Paris, 1886.

Cagnetta Prof. **T.** – Indirizzo allo studio della Clinica medica e Casuistica clinica. Napoli, 1886.

Fischer Dott. **Franz.** – Laryngologische Bemerkungen zur Diagnose der tuberkulösen Lungenphthisie. 1885.

– Laringologische Mittheilungen:

I. Ueber Pseudoherpes des Pharynx und Larynx.

II. Zur Laryngitis hypoglottica acuta. 1884.

Beschorner Dott. **O.** – Ueber « Heufieber » und dessen Behandlung. Dresden, 1886.

Cozzolino Prof. **V.** – Alcuni nuovi e modificati apparecchi per le malattie del naso, orecchio, gola, ecc. Napoli, 1886.

Somma Dott. **G.** – Meningite semplice acuta con esito in guarigione in una bambina lattante. Napoli, 1886.

Ruggi Prof. **G.** – Fatti e cose d' interesse ginecologico. Prelezione per l' anno scolastico 1885-86. Bologna, 1886.

Strümpell. – Trattato di Patologia speciale medica e Terapia. Trad. italiana. Vol. I. fasc. 13, 14 e 15, e Vol. III, fasc. 1, 2, 3 e 4. Editore Dott. Francesco Vallardi.

Jose Roquer Caradesus. – Papiloma infra-glòtico. Barcelona, 1886.

Ferreri Dott. **G.** – La terapia chirurgica nelle malattie dell'orecchio. Firenze, 1886.
Montefusco Dott. **A.** – Dell'influenza del vajuolo sulla gravidanza e sul feto. Napoli, 1886.
Bianchi Prof. **L.** – Paolo Conte e la grande isteria – Due aggressioni patite o simulate (?). Quattro persone incriminate. Napoli, 1886.
De Luca Dott. **G.** – Ein merkwürdigen Fall von Lungenrose. Prag, 1886.
Cozzolino Prof. **V.** – Deviazioni del setto nasale, delle ossa e cartilagini nasali. Loro trattamento dal punto di vista medico e della simmetria del viso (Ortorinia). Napoli, 1886.
Gomez de la Mata Dott. **F.** – Apéndice al Estudio térapeutico de los medicamentos modernos. Madrid, 1886.
Masucci Prof. **P.** – Un caso di cisti della borsa faringea. Napoli, 1886.
Duhourcau. De quelques innovations et améliorations balnéaires à introduire à Cauterets. Toulouse, 1885.
– Phymie laryngée, eaux sulfureuses et trachéotomie. Toulouse, 1885.
Romanelli Dott. **L.** – Statistica dell'Ospedale di S. Eligio per l'anno 1885. Napoli, 1886.
Gatta Dott. **G.** – Acqua stagnotica. Gatta e Assegnati, Napoli 1886.
Persichetti Dott. **E.** – Terapia delle malattie stomacali. Roma, 1886.
Labus Prof. **C.** – Papillom am 5. Luftröhrenknorpel, auf laryngoscopischen Wege entfernt. 1886.
Caccioppoli Prof. **G** – La legatura preventiva dell'arteria ascellare nella disarticolazione dell'omero. Napoli, 1886.
Bresgen Dott. **M.** – Ueber die Wege der Intoxication durch Cocain. 1886.
– Zwei Fälle von schwerem acuter Jodismus.
– Die Beziehungen der erkrankten Nasenschleimhaut zum Asthma und dessen rhino-chirurgische Heilung.
Recupito Dott. **I.** – Della educazione fisica, morale ed intellettuale del fanciullo. Trani, 1886.
Strübing Dott. **P.** – Die Laryngitis haemorrhagica. Wiesbaden, 1886.
Cardone Dott. **F.** – Due casi di tumore maligno primitivo delle tonsille. Napoli, 1886.
Böcker – Die Beziehungen der erkrankten Schleimhaut der Nase zum Asthma und deren Behandlung. Berlin, 1886.
Di Vestea Dott. **A.** – Il metodo **Pasteur** per prevenire lo sviluppo della rabbia in seguito a morsicatura. Relazione a S. E. il Ministro di Agricoltura, Industria e Commercio. Napoli, 1886.

RENDICONTO DELL'AMBULATORIO PER LE MALATTIE DELLA GOLA

Nell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista di Torino.

NEGLI ANNI 1883, 84, 85.

Pei Dott. A TACCONIS e F. MERCANDINO.

Sul finire dell'anno 1882 per iniziativa di uno di noi (1) e col consenso della benemerita Amministrazione di quest'Ospedale, veniva aperto un Ambulatorio per le malattie della gola che vige tuttora.

Il numero abbastanza ragguardevole di casi da noi osservati in questo frattempo, l'opportunità che abbiamo avuto di esperimentare numerosi mezzi terapeutici, i risultati ottenuti ci hanno indotti a redigere questo breve rendiconto.

Il materiale del nostro Ambulatorio è dato in massima parte da ammalati presentatisi alla visita nelle Sale ordinarie d'Accettazione dell'Ospedale, in parte da malati inviatici direttamente da Colleghi.

Il numero degli ammalati presentatisi all'Ambulatorio dal Novembre 1882 al finire dell'85 è di 592; i quali distribuiti in categorie a seconda delle malattie ci danno:

Faringiti acute	16	casi
» croniche	69	»
Laringiti acute	50	»
» croniche	81	»
Faringo-laringiti acute	17	»
» » croniche	76	»
Tubercolosi del faringe	2	»
» » laringe	104	»
Affezioni nervose	66	»
» sifilitiche	51	»
Neoformazioni	41	»
Corpi stranieri	3	»
Altri casi	16	»
Totale	592	

(1) Dott. Tacconis.

Faremo una breve rassegna di queste varie categorie di ammalati.

Dobbiamo premettere che la visita dell'Ambulatorio e quindi la medicazione degli ammalati si fa tre volte la settimana, Lunedì, Mercoledì e Venerdì alle ore 9 ant.

Faringiti acute.

Casi 16. — Uomini 12. — Donne 4.

Non descriveremo quest'affezione a tutti nota nelle varie sue forme.

Lo scarso numero di casi qui consegnati si spiega col fatto che alla massima parte degli infermi di faringite acuta veniva prescritta la cura nella sala stessa d'accettazione e non erano inviati all'Ambulatorio.

La cura da noi adottata in questi casi è la comune cioè internamente il chinino (che secondo Fraenkel ha un'azione specifica), localmente il ghiaccio, i gargarismi di Borato di soda, Clorato potassico, Allume secondo i casi. I risultati furono sempre favorevoli e rapidi.

Faringiti croniche.

Casi 69. — Uomini 32. — Donne 37.

Della faringite cronica abbiamo potuto osservare le varie forme descritte dagli autori: la forma semplice con ipertrofia più o meno considerevole delle tonsille e dell'ugola, inspessimento della mucosa, sviluppo di vasi, ipersecrezione di catarro; la forma granulosa, la forma secca, la faringite laterale di Schmidt. Di queste forme la più frequente è la granulosa, vien dopo per frequenza il catarro cronico semplice, quindi la forma secca e la laterale (piuttosto rara).

La forma secca abbiamo trovato quasi sempre compagna a catarri cronici del naso e del cavo naso-faringeo. Tra i vari metodi di cura esperimentati abbiamo trovato utili nella forma comune (oltre ai soliti gargarismi di allume, cloruro di sodio ecc.) le pennellature di tintura di jodo e glicerina (parti uguali) di soluzioni di nitrato d'argento (5-10 °|₀) di Tannino e glicerina (1 : 10) 3 volte la settimana.

Nei casi di ipertrofia notevole delle tonsille ne abbiamo praticato l'esportazione col tonsillotomo.

In 8 casi da noi operati di tonsillotomia (in 6 doppia, in 2

unilaterale) non abbiamo mai osservato emorragia; come non abbiamo mai osservato emorragia in altri casi operati nella clientela privata, per cui ci paiono esagerati i timori che hanno alcuni autori (Michel fra questi) del tonsillotomo, che vorrebbero sempre sostituito dal galvano-cauterio, strumento molto più incommodo e meno alla portata del medico.

In 8 casi di ipertrofia notevole dell'ugola ne abbiamo fatto l'escissione colle forbici.

Nella forma secca della faringite cronica le medicazioni da noi preferite furono le pennellature di soluzioni acquose di ammoniaca (1-3 : 10) di tintura di jodo (pura o mista a glicerina), di tintura di capsico (1 : 10 d'acqua) oltre alle docciature nasali con soluzioni di cloruro sodico 2 °/₀, acido salicilico 1 °/₀₀ ecc.

Le pennellature di glicerina e percloruro di ferro (1 : 10), di tintura di jodo, di soluzioni di cloruro di zinco furono da noi usate con vantaggio nelle forme leggiere di faringite granulosa; nelle forme gravi che non si modificano con questi mezzi abbiamo ottenuto favorevoli risultati dal galvano-cauterio.

La stessa cura fu usata nei pochi casi (6) di faringite laterale; dobbiamo però confessare che malgrado questa terapia abbastanza energica il numero delle guarigioni definitive ottenute non è molto considerevole. Dei nostri 69 infermi di faringite cronica una ventina solamente si possono considerar guariti, degli altri alcuni migliorarono, alcuni si stancarono della cura e furono perduti di vista.

E ciò si capisce pensando che la cura di quest'affezione è lunghissima (spesso richiede 5-6 mesi e più) che la massima parte dei nostri infermi non potevano sottrarsi alle cause delle malattie inerenti alla loro professione (raffreddamenti strapazzi d'ogni genere, atmosfere pulverulenti ecc.), dai più non si poteva neanche ottenere l'osservanza di quelle regole igieniche che sono indispensabili pel buon esito della cura.

Laringiti acute.

Casi 50. — Uomini 24. — Donne 26.

Di questi casi, 45 appartengono alla forma comune a tutti nota: 4 sono i casi di laringite sottoglottica acuta, 1 caso è di epiglottite.

Nella forma comune abbiamo tentato la cura abortiva con pennellature di soluzioni di nitrato d'argento (5 a 10 °/₀) ma non abbiamo mai avuto a lodarcene, anzi possiamo dire che nella massima parte dei casi così trattati il decorso fu più lungo. I mi-

gliori risultati li ottenemmo colle inalazioni di soluzioni di cloruro di sodio e acqua di lauroceraso (ana gr. 2 : 100) o di semplici vapori di infusioni di cammomilla, di altea ecc., il cataplasma alla PRIESTNITZ, il silenzio assoluto.

Uno di questi casi ribelle al metodo ordinario di cura e guarito poi rapidissimamente con una terapia che farà sorridere molti nostri colleghi, vogliamo qui brevemente riferire, perchè vale a dimostrare che lo specialista non deve mai dimenticarsi d'essere medico e ricercare in tutto l'organismo la causa di certe affezioni dell'organo che forma oggetto speciale dei suoi studi.

La signora Visetti Maria d' anni 40, vedova di Rivarolo, benestante, si presenta all'Ambulatorio il 1 gennaio 1885 accusando raucedine comparsa quindici giorni prima, a suo credere dietro raffreddore. Donna di costituzione robusta, non fu mai ammalata: la mestruazione prima sempre regolare, da tre mesi è scarsa e dura solo 24 ore. All' esame laringoscopico si riscontra una laringite catarrale acuta caratterizzata da rossore e tumefazione di tutta la mucosa laringea comprese le corde vocali vere che presentano depositi di catarro. L'ammalata per nostro consiglio entra quale pensionaria nell'Ospedale, e subito intraprendiamo la cura con inalazioni di soluzioni di cloruro di sodio , di allume, di tannino, quindi con pennellature di soluzioni di nitrato d'argento di varia concentrazione, ma in 15 giorni non otteniamo nessun miglioramento. Il 15 gennaio compare la mestruazione che dura poche ore. Il giorno 20 prescriviamo 10 mignatte all' ano, il 21 la voce è ricomparsa; il rossore e la tumefazione del laringe sono notevolmente diminuite e in pochi giorni si ha guarigione completa.

I 4 casi di laringite sottoglottica acuta caratterizzati da tumefazione della mucosa al disotto delle corde vocali vere, afonia, stenosi laringea furono ricoverati nell' Ospedale e guarirono rapidamente con inalazioni di soluzioni di cloruro sodico, bagni alla PRIESTNITZ, ecc.

Il caso di epiglottite è importante, perchè è questa una forma morbosa assai rara. Il MICHEL che l' ha descritta per la prima volta nel 1878 sotto il nome di angina epiglottica anteriore, dice averla riscontrato solo sei volte nella sua pratica. Nel nostro, come nei casi di MICHEL, esisteva una intensa disfagia con febbre e malessere generale: l'epiglottide era molto arrossata e tumefatta specialmente alla sua faccia anteriore. Col semplice riposo e col ghiaccio intus ed extra si ottenne la guarigione.

Laringiti croniche.

Casi 81. — Uomini 46. — Donne 35.

Il massimo contingente a quest'affezione lo danno i cantanti, i venditori ambulanti, i fumatori ostinati, gli operai che lavorano in atmosfere polverulenti, quelli che sono esposti a vicissitudini atmosferiche ecc.; e noi ne abbiamo potuto osservare i vari stadi e le varie forme.

La forma più frequente è la congestione cronica con tumefazione moderata della mucosa, colore grigiastro delle corde, rigidità e incompleta chiusura delle medesime. Molto più rara è la forma ipertrofica con tumefazione considerevole delle corde superiori, inspessimento delle corde vere, rilasciamento della mucosa interaritenoidea; più rara ancora è l'ipertrofia limitata alle sole corde vocali inferiori, la cosidetta cordite iperplastica. Di questa forma ne abbiamo osservato 9 casi (6 uomini e 3 donne) e 2 soli casi abbiamo osservato di laringite cronica sottoglottica.

Tutte queste forme si accompagnano ad alterazioni più o meno notevoli della voce, l'ultima è causa spesso di dispnea. La cura da noi instituita contro quest'affezione, oltre alle inalazioni con soluzioni di cloruro di sodio, bicarbonato di soda, allume, tannino, consiste in pennellature con soluzioni di nitrato d'argento (1-10 $^{0}/_{0}$) con tintura di jodo e glicerina (parti uguali), con glicerina e percloruro di ferro.

In 25 casi abbiamo ottenuto la guarigione, degli altri parte lasciarono l'Ambulatorio migliorati, parte furono perduti di vista.

Nella cordite iperplastica ottenemmo vantaggi dalla tintura di jodo pura; in 2 casi abbiamo fatto lo scorticamento delle corde vocali (Labus) con esito favorevole.

Nei due casi di laringite sottoglottica riuscì la cura ordinaria. Anche qui per rispetto ai risultati ottenuti dobbiamo ripetere le osservazioni fatte a proposito della faringite cronica.

Faringo-laringiti acute.

Casi 17. — Uomini 8. — Donne 9.

Questa forma, combinazione del catarro faringeo acuto colla laringite acuta, fu da noi curata coi mezzi ordinari (chinino, ghiaccio gargarismi , inalazioni ecc.) e in tutti i casi ottenemmo rapida guarigione.

FARINGO-LARINGITE CRONICA.

Casi 76 — Uomini 40. — Donne 36.

Anche qui si ha la combinazione della faringite cronica colla laringite cronica. La terapia per conseguenza è la combinazione della cura della faringite e di quella della laringite cronica, cui rimandiamo i lettori. Di questi 76 casi curati, 25 si possono considerare guariti, degli altri parte migliorarono parte furono perduti di vista.

TUBERCOLOSI FARINGEA.

Casi 2. — Uomini 1. — Donne 1.

La tubercolosi del faringe essendo piuttosto rara vogliamo brevamente riferire i 2 casi da noi osservati.

1°—Certa Domenica Q. d'anni 26 maritata si presenta alla nostra visita il 2 Dicembre 1885, accusando dolore al lato sinistro del collo, specie nel deglutire, da tre mesi.

Si riscontra l' ugola leggermente arrossata e ulcerata sul suo margine sinistro, il pilastro anteriore di sinistra è pure tumefatto e arrossato e duro al tatto, la tonsilla sinistra presenta un'ulcerazione della larghezza di un centesimo a fondo grigiastro; collo specchietto si riscontra ulcerazione grigiastra alla faccia posteriore dell'ugola e pilastro sinistro. Broncoalveolite sinistra. Si raschia l' ulcerazione con un cucchiaio e nelle parti esportate si riscontrano i bacilli tubercolari. L'ammalata dopo 2 medicazioni con jodoformio non si lascia più vedere.

2°—Gilodi Giuseppe d'anni 19 di Torino, falegname, si presenta all'Ambulatorio l' 8 Dicembre 1884 accusando dolori nel deglutire, specie al lato sinistro del collo, dolori che sarebbero comparsi da una cinquantina di giorni; all'esame locale si riscontrò: arrossamento e tumefazione dell' ugola, del pilastro anteriore e della tonsilla di sinistra: ulcerazione della larghezza di una lenticchia a fondo grigiastro sul pilastro anteriore sinistro, ulcerazione della larghezza di una moneta da 50 centesimi, anfrattuosa, a fondo grigiastro sulla tonsilla sinistra. Alla palpazione la tonsilla appare dura e l'induramento si continua in basso nella metà sinistra del faringe fino al laringe. Collo specchietto laringoscopico questa regione appare sede di una vasta ulcerazione dell'aspetto delle precedenti. L'aritenoide sinistra è edematosa, le corde vocali sono grigiastre, poco mobile la sinistra. Ghiandole cervicali e

sottomascellari di sinistra molto ingrossate. Broncoalveolite all'apice sinistro. L'esame dei bacilli non fu praticato.

Fu curato con insufflazioni di jodoformio, ma l'ammalato dopo poche medicazioni non si presentò più all'Ambulatorio.

TUBERCOLOSI LARINGEA.

Casi 104. — Uomini 63. — Donne 41.

Noi abbiamo potuto osservare pressochè tutte le forme di tubercolosi laringea, quali si trovano descritte dagli autori, specialmente dal MASSEI che ne ha fatto un'esposizione magistrale. Il catarro cronico semplice del laringe nei tisici, che per lo più è la prima manifestazione del processo tubercolare, l'abbiamo riscontrato in 16 infermi (10 uomini, 6 donne).

Abbiamo osservato 18 casi (10 uomini, 8 donne) di pericondrite tubercolare aritnoidea per lo più unilaterale, talvolta bilaterale. In 13 di questi casi la pericondrite era la sola manifestazione tubercolare nel laringe, in 5 casi essa era associata ad ulcerazioni, vegetazioni, edema.

Gli altri 69 casi (44 uomini, 25 donne) appartengono alle altre forme più comuni di tisi laringea, le ulceri più o meno profonde più o meno estese, sulle corde vere, sulle false corde, nella regione interaritnoidea, sull'epiglottide, le vegetazioni (sviluppatesi per lo più dalla base di ulcerazioni), l'edema del tessuto sottomucoso, ecc.

La diagnosi di tubercolosi laringea veniva nel massimo numero di casi confermata dalla presenza di lesioni polmonari; nei rari casi in cui mancavano segni polmonari apprezzabili, l'aspetto dell'ammalato, la mancanza di antecedenti sifilitici (1), l'effetto nullo di una cura specifica ci erano di guida nella diagnosi.

In alcuni casi l'esame dell'escreato raccolto nel laringe con un batuffolo di cotone affidato all'estremità d'una sonda, ci rivelò la presenza dei bacilli tubercolari. Dobbiamo però confessare che le nostre ricerche a questo riguardo si limitarono a pochi casi, e che per lo più trovammo i bacilli nei casi di tubercolosi laringea confermata.

Nella cura locale di questa gravissima affezione abbiamo esperimentato un gran numero di rimedi. Per esser brevi diremo che abbiamo ottenuto poco vantaggio dalle inalazioni, con soluzione di acido fenico 1-2 °[0]: di sublimato corrosivo, 1 : 2000, di clo-

---

(1) È specialmente con alcune forme di sifilide terziaria che si può confondere la tubercolosi.

ruro di sodio 2 %, cloridrato di ammoniaca 2 %; poco vantaggio dalle pennellature di tintura di jodio, nitrato d'argento, creosoto (1), dalle insufflazioni (2) di polveri di benzoato di soda, naftalina, tannino, acido borico miste a parti uguali con amido; mentre dobbiamo lodarci delle insufflazioni di jodoformio, le quali ci ottennero in molti casi un miglioramento dei sintomi subbiettivi (dolore, tosse, senso di secchezza) in alcuni casi un miglioramento obbiettivo, e in 4 casi la cicatrizzazione di ulceri tubercolari.

Uno di questi infermi che presentava ulcerazioni sulle due corde con manifesti sintomi polmonari, ebbe una recidiva delle ulceri dopo un anno, per cui ora è nuovamente in cura, e con poche insufflazioni si ottenne già un notevole miglioramento (quantunque le lesioni polmonari abbiano progredito).

Due altri (un sarto ed una giovane contadina) godono ora buona salute.

Il quarto di questi casi particolarmente interessante vogliamo qui brevemente riferire.

Annetta A. d'anni 30, nubile, di Poirino, commessa di negozio si presentava all'Ambulatorio il 15 Agosto 1884. Trascrivo dal Registro ciò che a quest' epoca veniva notato. Precedenti gentilizii dubbi. Un anno prima emoptoe. Da 8 mesi tosse con espettorazione moderata, raucedine più o meno notevole. Costituzione gracile, segni di broncoalveolite all'apice destro. L'esame laringoscopico rivela nella regione interaritnoidea un ammasso di granulazioni di color rosso cupo che nel loro insieme hanno il volume di un grosso cece ed impediscono la chiusura completa della glottide. Il resto del laringe sano.

Si fecero pennellature di tintura di jodo e insufflazioni di jodoformio, ma irregolarmente, con miglioramento subbiettivo, poco miglioramento obbiettivo. Il 22 Febbraio 1885 previa anestesia colla cocaina (20 %) si cauterizzarono le granulazioni col galvanocauterio e si ottenne una notevole diminuzione di volume delle granulazioni. Il 5 Marzo si raschiò la regione interaritnoidea con un adatto cucchiaio tagliente e si ripresero le insufflazioni di jodoformio. Con queste, e ripetendo ancora il raschiamento si ottenne in due mesi una cicatrice alquanto rilevata, ma di nessun in-

---

(1) Dell'acido lattico consigliato in quest'ultimi tempi non abbiamo esperienza.

(2) Queste insufflazioni vengono da noi praticate esclusivamente coll'insufflatore di Lubus che consiste, com'è noto, in un tubo di vetro piegato ad angolo alle 2 estremità, ad una delle quali è adattato un tubo di gomma che l'operatore tiene in bocca per l'altro capo, attraverso cui soffia

comodo per l'ammalata, se si eccettui un leggiero velamento della voce per imperfetta chiusura della glottide.

I risultati ottenuti colla cura locale della tubercolosi laringea non sono certamente brillanti, ci paiono però sufficienti a scuotere il medico da un nichilismo sconfortante e incoraggiarlo a tentare qualche cosa contro una malattia che abbandonata a se non ha certo tendenza a guarire.

Egli è evidente che non si intraprenderà una cura locale in un tisico agli ultimi periodi, a meno che non si tratti di soddisfare all'indicazione sintomatica di calmare il dolore o la tosse stizzosa (cocaina, morfina), ma nei casi in cui sono pochi manifesti i segni polmonari e non è neanche troppo avanzato il processo laringeo, ci pare razionale il tentare una cura locale, preferibilmente le insufflazioni di jodoformio, che noi abbiamo trovato incomparabilmente superiori a tutte le altre medicature compreso l'acido borico, preconizzato da SCHECH.

In alcuni casi, come risulta dal fatto sovradescritto, si potranno ottenere buoni risultati col galvanocauterio e col cucchiaio tagliente.

AFFEZIONI NERVOSE DEL FARINGE E LARINGE.

Casi 66. — Uomini 23. — Donne 43.
Paralisi 58. — Neurosi 8.

I due quadri seguenti varranno meglio di una descrizione a dimostrare quali siano i muscoli preferibilmente affetti da paralisi, quali le cause più comuni di queste paralisi. In queste tabelle i casi sono distinti in varie categorie, nella 1ª, a seconda della forma, nella 2ª, a seconda della causa della paralisi.

Paralisi (Tav. I.)

Del velopendolo Casi 11.	In 9 esisteva paralisi isolata del velo-pendolo (postdifterica); in 1 caso questa era accompagnata a paralisi degli adduttori della glottide; in altro caso esisteva paralisi della metà sinistra del velopendolo e del ricorrente sinistro (causa ignota).
Del nervo laringeo inferiore o ricorrente sinistro Casi 15.	4 da gozzo 2 da compressione di ghiandole tumefatte 1 da aneurisma dell' arco aortico 3 da dilatazione aortica (ateromasia) 1 da tumore del mediastino (?) 4 da causa ignota.

Del ricorrente destro Casi 5.	3 da gozzo 1 da compressione di ghiandole tumefatte 1 da neoplasma della ghiandola tiroide.
Dei due ricorrenti Casi 2.	2 da carcinoma dell' esofago.
Degli abduttori della glottide, cricoaritnoidei postici Casi 5.	4 da carcinoma dell' esofago 1 da tessuto cicatriziale ai lati dell'esofago (Di questo caso interessante riferiremo più sotto la storia).
Paralisi bilaterale degli adduttori delle corde vocali Casi 12.	2 da anemia 10 isteriche.
Paralisi degli addut-tori di destra Casi 1.	1 da tumore del mediastino.
Paralisi degli addut-tori di sinistra Casi 1.	1 da cancro esofageo;
Paralisi dei tensori delle corde vocali Casi 6.	4 isteriche 2 da laringite pregressa

Paralisi (Tav. II.)

Da Compressione Casi 25.	7 da carcinoma dell' esofago 7 da gozzo 4 da ghiandole tumefatte 3 da ectasia aortica (ateroma) 1 da aneurisma dell' arco aortico 1 da neoplasma della ghiandola tiroide 1 da tumore del mediastino 1 da tessuto cicatriziale.

Da laringite pregressa. Casi 2.
Anemiche. Casi 2.
Isteriche. Casi 14.
Postdifteriche. Casi 10.
Da causa ignota. Casi 5.

Dall'esame di questi quadri è facile farsi un' idea delle cause più comuni delle paralisi laringee e delle loro forme più frequenti.

Come risulta dalla tavola 2ª, la compressione ha la massima parte nell' eziologia di questa paralisi e si capisce pensando ai rapporti intimi che nel loro decorso i nervi laringei inferiori contraggono con organi che facilmente s'ammalano e aumentano di volume (ghiandola tiroide, ghiandole linfatiche, arco dell' aorta, esofago).

Si capisce così che il gozzo esercitando una compressione sull'uno o l'altro nervo ricorrente o su entrambi, determini spesso delle paralisi totali o parziali nel distretto di questi nervi. Lo stesso dicasi delle glandole linfatiche tumefatte sia per scrofola, sia per presenza di nodi secondari di tumori, per leucemia ecc.

Anche il carcinoma dell'esofago si accompagna spesso a paralisi laringee, ma il meccanismo con cui vengono determinate è diverso nei varii casi. Talora i nervi ricorrenti restano compressi direttamente dal tumore o da un iperplasia secondaria del connettivo periesofageo con effetto di paralisi o di tutti i muscoli innervati dal ricorrenie o dei soli abduttori (paralisi respiratorie) raramente dei soli adduttori. In altri casi si ha la paralisi dei crico-aritenoidei postici dovuta ad un' infiltrazione carcinomatosa dei muscoli o ad un'imbibizione delle fibre muscolari per grave edema collaterale.

Ciò che s' è detto pei carcinomi dell' esofago vale pei tumori del mediastino. Che le ectasie, gli aneurismi dell'arco dell'aorta si accompagnino spesso a paralisi o paresi nel distretto del nervo laringeo inferiore sinistro è naturalissimo a motivo dei rapporti intimi che esistono fra queste parti (il nervo laringeo inferiore gira attorno all'arco aortico).

Perchè frequentemente la compressione dei ricorrenti determini la paralisi dei soli abduttori delle corde vocali non è ben noto; alcuni cercano darsi una spiegazione di questo fatto ammettendo che le fibre destinate a questi muscoli siano più periferiche e perciò risentano di più l'effetto della compressione, altri si accontentano di ammettere una maggiore vulnerabilità delle stesse fibre.

Queste paralisi respiratorie, sono causa talora di grave dispnea, ma decorrendo senz'alterazione della voce passano facilmente inosservate. Egli è perciò importante in tutti i casi di tumori al collo o nel mediastino praticare l'esame laringoscopico potendosi rinvenire la paralisi dei dilatatori della glottide e con questa la spiegazione di una dispnea per cui non si trovano altre ragioni e che in casi estremi potrà esser eliminata colla tracheotomia.

Noi vogliamo qui brevemente riferire uno dei casi di paralisi degli abduttori da noi osservati, che è importante specialmente per la causa che ha determinato la paralisi.

Certa Elisabetta P. d'anni 35 nubile, ricoverava in quest'Ospedale il 9 Febbraio 1883. Non aveva mai sofferto malattie d'importanza. La mestruazione comparsa a 17 anni era sempre stata regolare. Tre anni prima, senza causa apprezzabile, era comparso un senso di stringimento alla gola con difficoltà di respiro che dapprima leggiera e intermittente era mano mano cresciuta d'intensità e si era fatto continua. Da 15 giorni questa difficoltà di respiro e il senso di stringimento nella gola erano aumentati al punto da sembrarle di dover soffocare; l'ammalata dormendo emetteva un forte rumore di stenosi laringea.

All'esame obbiettivo non si riscontrò nulla d'abnorme negli organi del torace e dell'addome e nelle orine.

L'esame laringoscopico dimostrò la forma classica della paralisi dei cricoaritenoidei posteriori.

Il giorno dopo, 10, verso le 1 1⁄2 pom. uno di noi (1) essendo di guardia viene chiamato rapidamente presso l'inferma che trova cianotica, in preda e gravissima ambascia di respiro. Pratica immediatamente la tracheotomia, applicando una canula di Krishaber, non troppo adatta per la trachea dell'inferma, ma che non può sostituire con altra non essendovene di migliori nell'Ospedale.

Dopo la tracheotomia cessò immediatamente la dispnea.

Il giorno dopo, 11, però comparve febbre (40°) e si riscontrò un focolaio di pneumonite lobulare nella fossa ascellare destra e catarro bronchiale diffuso. Questi fenomeni persistettero il giorno 12, nel mattino del 13 un abbondante emorragia dalla ferita tracheale con penetrazione di sangue in trachea, uccideva l'inferma,

L'autopsia dimostrò; usura della trachea (per opera della cannula) emorragia abbondante nel lobo destro della ghiandola tiroide (non si riesce a trovare vene abrase), coaguli sanguigni nella trachea.

Al lato sinistro tra l'esofago e la trachea (a livello del 7°-8° anello) si riscontrò un tessuto di cicatrice di color biancastro, duro, resistente, della grossezza di una grossa penna d'oca, della lunghezza di 4-5 ctm, entro cui era impigliato il nervo ricorrente. A destra una serie di ghiandole linfatiche tumefatte pigmentate in parte calcificate comprimevano il laringeo inferiore di questo lato.

I muscoli cricoaritenoidei postici erano molto atrofici.

Nei polmoni esistevano segni di catarro bronchiale diffuso; a destra eravi un focolaio di pneumonite catarrale nel lobo medio. Cuore sano. Nulla di notevole negli altri organi.

(1) Dott. Mercandino.

Quale sia stata l'origine di questo tessuto di cicatrice è difficile a stabilirsi. È razionale ammettere che abbia avuto luogo un flemmone profondo del collo, decorso lentamente e passato a risoluzione, lasciando come esito tessuto cicatriziale: nulla però nella storia dell'ammalata ci autorizza ad una simile ipotesi.

Comunque sia, è questa una forma molto rara ed abbiamo creduto utile riferirla.

Quanto alla cura della paralisi da compressione noi abbiamo cercato di combatterne la causa nei casi in cui questa era amovibile, quindi nei casi di gozzo e nei casi di ghiandole linfatiche tumefatte per processi flogistici; negli altri casi abbiamo tentato la cura elettrica ma senza risultato.

Dei 7 casi di gozzo con paralisi laringee da noi osservate, tre furono perduti di vista; quattro guarirono e di questi tre furono curati col ioduro di potassio; l'altro, un gozzo parte cistico, parte parenchimatoso, con paresi del ricorrente sinistro in una giovane di 24 anni, venne da noi curato collo svuotamento della cisti e colle iniezioni parenchimatose di tintura di iodo (2 volte alla settimana) e guarì perfettamente in due mesi.

Dei 4 casi di paralisi da compressione per ghiandole linfatiche tumefatte, uno guarì col ioduro potassico; gli altri tre furono perduti di vista, in uno di questi si trattava di nodi secondarii a carcinoma delle mammelle.

Dopo la compressione la causa più frequente delle paralisi laringee è l'isterismo; la paralisi affetta più frequentemente gli adduttori delle corde vocali, talvolta però anche i tensori.

Dei 14 casi da noi osservati 4 furono guariti colla corrente faradica, e di questi 2 in una sola seduta, 2 in poche sedute (un etettrode al lato del laringe esternamente; l'altro in un seno piriforme); due casi rimasero stazionarii dopo un mese di cura (corrente faradica e galvanica); tre casi furono guariti con una sola pennellatura endolaringea di una soluzione di nitrato d'argento (5 $^{0}/_{0}$): cinque furono perduti di vista.

In due casi non abbiamo potuto trovare altra causa della paralisi (degli adduttori) che una notevole oligoemia; uno di questi guarì con una cura tonico-ferruginosa, l'altro fu perduto di vista.

I due casi di paresi dei tensori da laringite pregressa migliorarono notevolmente colla corrente faradica.

Dei cinque casi in cui la causa della paralisi non potè esser determinata (erano tutte paralisi del ricorrente sinistro) la cura sintomatica (elettricità) ci diede miglioramento in due, non produsse nessun effetto negli altri.

I casi di paralisi post-difteriche del velopendolo guarirono tutti coll'uso interno della stricnina (2-3 milligr. al dì) e colla corrente faradica (un polo alla nuca, l'altro sul velopendolo).

NEVROSI.

Casi 8. — Uomini 2. — Donne 6.

1°—Senso di corpo straniero nella gola da due mesi. L'ammalata dice aver ingoiato un pelo d'una spazzola da denti. L'esame laringoscopico è negativo. L'ammalata frequentò a lungo l'Ambulatorio ottenendo nessun miglioramento dalla cura pennellature di tinture di iodo: nitrato d'argento.

2°—Senso di corpo straniero da due anni, comparso senza causa apprezzabile in una ragazza di 18 anni. Si prescrive il bromuro potassico. L'ammalata fu perduta di vista.

3°—Senso di corpo straniero da due anni dopo ingoiamento di un pezzetto di legno (Uomo). Esame negativo.

L'ammalato non si presentò più alla visita.

4°—Senso di corpo straniero da 17 giorni. L'infermo crede aver ingoiato una buccia di grano. Esame negativo.

5°—Casi di tosse laringea, abbaiante, nei quali si ebbe vantaggio dalle inalazioni di soluzioni di bromuro potassico, morfina ecc., e dall'uso interno del liquore del FOWLER, chinino.

SIFILIDE DEL LARINGE E FARINGE.

Casi 51. — Uomini 20. — Donne 31.

Di questi, 19 sono fenomeni secondarii (7 Uomini, 12 Donne 32 fenomeni terziari (13 Uomini, 19 Donne).

Le manifestazioni secondarie offrono poco d'interessante.

In 8 casi abbiamo riscontrato placche mucose sulle corde vocali inferiori, in 4 casi sull'epiglottide; negli altri casi osservammo una semplice iperemia del laringe (eritema).

Molti di questi infermi vennero inviati senz'altro al Sifilicomio, in alcuni instituimmo una cura generale con iniezioni di sublimato, o frizioni, o ioduro di mercurio (in pillole) e una cura locale con inalazioni di sublimato (1 $^{\circ}/_{00}$) insufflazioni di calomelano e amido (parti uguali), con rapida scomparsa dei sintomi.

Più importanti sono le forme sifilitiche terziarie, di cui abbiamo osservato molte varietà. Sarebbe troppo lungo e noioso il descrivere qui i singoli casi; ci limiteremo ad accennare quali furono le forme più frequenti osservate e i risultati ottenuti.

I casi osservati sono 32, di cui 13 uomini e 19 donne.

In 18 casi si trattava di infiltrazioni gommose, non ulcerate, dei legamenti ariepiglottici, della regione aritenoidea, delle false corde, talora associate a gomme del palato. Non abbiamo mai

osservato la forma di infiltrazione gommosa delle corde vocali vere descritta da MASSEI.

In 8 casi si notarono gomme ulcerate sulle false corde, sull'epiglottide, sulle aritenoidi con edema più o meno grave collaterale, e con fenomeni più o meno gravi di stenosi.

Osservammo due casi di gomme del palato ulcerate con perforazione.

Gli altri 4 casi presentavano gli esiti di manifestazioni terziarie; cicatrici del palato, aderenze dell'ugola e dei pilastri, raggrinzamento dell'epiglottide; in uno di questi eravi anchilosi crico-aritenoidea destra, esito di pericondrite sifilitica.

Nella cura dei fenomeni terziari abbiamo sempre dato maggior importanza alla cura generale che non alla locale e col ioduro potassico a dose piuttosto alta (3-4 gr. al dì) e col mercurio (iniezioni di sublimato, o frizioni o pillole di protoioduro) abbiamo ottenuti risultati sorprendenti in casi gravissimi. Tre donne con gomme ulcerate, forte edema collaterale e gravi fenomeni di stenosi laringea tanto da far pensare alla tracheotomia migliorarono rapidamente e guarirono poi completamente.

La cura locale si limitò a inalazioni di sublimato 1 °|₀₀ e insufflazioni di calomelano o jodoformio.

NEOFORMAZIONI.

Casi 38. — Uomini 21. — Donne 17.

Di questi, 24 appartengono alla categoria dei polipi (tumori benigni), 12 sono carcinomi, 3 lupus. Abbiamo riunito i casi di lupus colle neoformazioni, quantunque secondo recenti studi il lupus si debba considerare come una tubercolosi locale, perchè clinicamente, il lupus si differenzia dalla comune tubercolosi delle fauci. Infatti mentre la tubercolosi si manifesta con ulcerazioni irregolari che si estendono rapidamente con poca o nessuna tendenza a cicatrizzare, il lupus si presenta con escrescenze papillari più o meno rilevate (nodi del lupus) che si ulcerano e poi cicatrizzano; cosicchè possiamo sempre osservare l'una accanto all'altro le varie fasi del processo.

I tre casi di lupus da noi osservati si sono verificati in un uomo e due donne; in due il processo era limitato al faringe, nell'altro il laringe era gravemente affetto. In tutti e tre i casi l'anamnesi era muta per rispetto alla sifilide.

In uno di questi casi (una donna) il lupus era limitato all'istmo delle fauci ed eravi ulcerazione dell'ugola e cicatrici sui pilastri; si presentò poche volte all'Ambulatorio, fu poi perduta di vista.

Il secondo caso è interessante per il risultato terapeutico ottenuto. Si tratta di una giovane di 16 anni che si presentò al-

[illegible]

[illegible] e [illegible] regioni laterali del collo [illegible] a destra [illegible] a sinistra [illegible]

Escisa la [illegible] si prescrisse il liquore del Fowler a dose crescente da 4-[illegible] goccie al dì, si praticarono insufflazioni di jodoformio sulla [illegible] ma con poco risultato.

L'11 Maggio l'ammalata si presentò all'Ambulatorio accusando da due giorni senso di soffocazione specie la notte. L'esame laringoscopico ci dimostrò edema notevole dell'aritenoide destra con notevole diminuzione della rima glottidea. L'ammalata venne ricoverata nell'Ospedale; colle scarificazioni locali l'edema aritenoideo diminuì e cessò il disturbo respiratorio. Intanto le ghiandole cervicali erano ingrossate e in alcuni punti fluttuanti; il processo morboso nel faringe aveva poco migliorato, l'inferma era pallida, denutrita. In tali condizioni credemmo necessario ricorrere ad una terapia più energica.

Si spaccarono ampiamente le tumefazioni ghiandolari; le ghiandole in massima parte ridotte a poltiglia caseosa vennero enucleate col dito e col cucchiaio, si applicò il drenaggio e una medicazione al iodoformio.

L'ugola venne escisa, e le ulcerazioni toccate ripetute volte col galvanocauterio e medicate col jodoformio.

Con questa cura l'ammalata guarì perfettamente impiegandovi però oltre sei mesi e la guarigione persiste tuttora. Naturalmente manca l'ugola ed esiste una piccola perforazione del palato, ma la ragazza non è disturbata nella deglutizione, ha solo voce nasale.

Il terzo caso è un ammalato operato di tracheotomia dal Dott. Novaro nel febbraio 82 per stenosi laringea da lupus.

Oltre a nodi di lupus e cicatrici al faringe presentava il laringe deformato da cicatrici e da vegetazioni papillari e la glottide ridotta ad una rima strettissima.

Nel Luglio 82 portava ancora la cannula, poi l'abbiamo perduto di vista.

Dei tumori maligni della regione faringolaringea noi non abbiamo [illegible]vato che il carcinoma.

I casi presentatisi alla nostra osservazione sono in numero di 12 (8 uomini 4 donne). Tutti questi ammalati avevano oltrepassato il quarantesimo anno, molti avevano oltre cinquant'anni fra questi tumori sonvi:

4 carcinomi del laringe
2 » » faringe.
4 » » faringe e laringe (cancri misti di KRISHABER)
2 » » della base della lingua.

In tutti questi casi il tumore era ulcerato, per cui dai caratteri dell'ulcerazione, dalla natura del secreto, dall'età del paziente fu per lo più facile la diagnosi ; in due casi però nei quali il tumore era limitato al laringe, l'ulcerazione poco estesa, buone le condizioni generali fummo incerti per qualche tempo nella diagnosi tra cancro e sifilide, il criterio *a iuvantibus* però valse e dissipare ogni dubbio, il ioduro di potassio ad alta dose non modificò per nulla il processo morboso; l' andamento ulteriore confermò il diagnostico.

Un sintomo che abbiamo riscontrato frequentissimamente nel cancro del laringe è un dolore trafittorio irraggiantesi ad uno od ambo gli orecchi, però questo sintomo non si può considerare come patognomico avendolo noi osservato in alcune forme di tubercolosi laringea ulcerativa. Nei casi di cancro limitato al laringe il punto di partenza del neoplasma fu in un caso l'epiglottide, negli altri tre una corda vocale superiore; nei 4 casi di cancro misto il punto di partenza fu sempre il faringe. Per ciò che riguarda la cura, noi abbiamo affidato alcuni di quest' infermi in cui era razionale un intervento operativo ai Chirurghi dell'Ospedale, due volte venne praticata la tracheotomia per ovviare il pericolo immediato della soffocazione, una volta l'estirpazione totale del laringe (NOVARO) una volta l'estirpazione del faringe, laringe, primo tratto dell'esofago primo e secondo anello della trachea (NOVARO); ambedue questi infermi sopravissero alcuni mesi all'operazione: l'operato di laringectomia morì poi all'ospedale S. Luigi, avendo lasciato cadere in trachea una penna che usava per pulire la canula; l'altra operata era una donna, fu perduta di vista.

Degli altri infermi uno morì all'Ospedale per pneumonite crupale e l'autopsia confermò il diagnostico; gli altri furono perduti di vista.

I polipi da noi osservati sono in numero di 23, di cui 12 uomini, 11 donne. L' età in cui predominano è dai 20 ai 40 anni. Di questi polipi solo cinque sono fibromi, gli altri diciotto papillomi.

Il trattamento da noi quasi esclusivamente adoperato è l'esportazione colla pinza laringea di SCHROETTER.

Diamo nella tabella seguente l' elenco degli ammalati da noi osservati e i risultati ottenuti.

N.° d'Ord.	NOME degli AMMALATI	ETÀ	PROFESSIONE	RESIDENZA	INSERZIONE del Polipo
1	Singhietta Paolina.	19	Contadina.	Torino.	Sotto la corda [illegible] sinistra presso l'[illegible] zione anter[illegible]
2	Ravetta Maria.	46	Cantoniera.	Carmagnola.	Sulla corda vo[illegible] stra al terzo an[illegible]
3	Giansetto Domenico	30	Contadino.	—	Papillomi mul[illegible] sottoglotti[illegible]
4	Guido Veronica.	30	Donna di Casa.	Torino.	Due polipi [illegible] petto all' altro [illegible] nione del terzo [illegible] riore coi due ter[illegible] steriori delle [illegible] vocali.
5	Calvetti Francesca	24	Contadina.	Balangero.	Sulla corda vo[illegible] nistra presso l'[illegible] zione anteriore.
6	Brisighella Catterina.	20	Lavorante in cotone.	Torino.	Corda vocale si[illegible] verso la me[illegible]
7	Bosco Secondo.	30	Confettiere.	Torino.	Corda vocale de[illegible] all'inserzione ante[illegible]
8	Tomatis Giuseppe.	30	Messo Comunale.	Revello.	Corda vocale de[illegible] verso la me[illegible]
9	Gherzo Silvio.	4 ½	—	Torino.	Polipi sottoglott[illegible]
10	Prospero Maria.	40	Fruttivendola.	Torino.	Corda vocale si[illegible] verso la me[illegible]
11	Paschetta Giuseppa	28	Passamantaia.	Torino.	Corda vocale de[illegible]
12	Bono Giovanni.	54	Meccanico.	Torino.	Corda vocale de[illegible] l' inserzione ant[illegible] e alla faccia inf[illegible]

ATURA del TUMORE	SINTOMI	TRATTAMENTO	ESITO
ma grosso come ıno di coriando.	Raucedine da 3 mesi.	Esportato 31 ottobre 1882	Guarita.
ma? grosso come un cece.	Raucedine da 6 mesi.	Perduta di vista	»
Papillomi.	Raucedine e dispnea grave. L'esame laringoscopico difficilissimo per la posizione orizzontale dell' epiglottide.	Operato dal Prof. Novaro di Tracheotomia e raschiamento.	Perduto di vista.
ai grossi come un ano di miglio.	Raucedine da 2 mesi.	Esportati 29 aprile 1883	Guarita.
oma grosso come un cece.	Raucedine da 3 anni.	Esportato 29 maggio 1883	Guarita.
oma grosso come grano di miglio.	Raucedine da 4 anni.	Esportato 20 giugno 1883	Guarita.
loma grosso come un cece.	Raucedine da 3 anni.	Esportato 5 settembre 1883	Guarito.
loma grosso come un fagiuolo.	Rauc. da 4 mesi, da un mese afonia e dispnea	Esportato il 10 ottobre 1883	Guarito.
Papillomi?	Tosse, rauc., dispnea.	Perduto di vista.	—
lloma grosso come una lenticchia.	Raucedine da 3 mesi.	Esportato il 15 maggio 1884	Guarita.
ole vegetazioni poformi da laringite cronica.	Rauced. da un anno.	Esportate il 20 maggio 1884	Guarita.
roma duro grosso come un pisello.	Raucedine da 2 mesi.	In parte esportato colla pinza, il resto distrutto col galvanocauterio dal 16 a 30 giugno 1884.	Guarito.

N.° d'Ord.	NOME degli AMMALATI	ETÀ	PROFESSIONE	RESIDENZA	INSERZIONE del Polipo
13	Stroppiana Teresa.	5	—	Torino.	Non si può dis[illegible] bene il punto d[illegible] zione per l' ind[illegible] dell' ammalata.
14	Pollastro Paolo.	37	Magazziniere.	Torino.	Unione del terzo [illegible] riore col terzo [illegible] della corda des[illegible]
15	Scursatone Francesco.	23	Armaiuolo.	Casale.	Unione del terzo [illegible] riore col terzo [illegible] della corda vocale [illegible]
16	Clerico Bartolomeo	25	Contadino.	Somano (Casale)	Corda vocale sini[illegible] al terzo anteri[illegible]
17	Costa Luigi.	41	Contadino.	Madonna del Pilone (Torino)	La faccia anteriore de[illegible] piglottide presenta un [illegible] po grosso come una [illegible] la cavità laringea è r[illegible] di vegetazioni polip[illegible]
18	Mollo Giacinto.	19	Passamantaia.	Torino.	Margine libero del[illegible] corda vocale sini[illegible] al terzo medio.
19	Gabriel Giovanni.	26	Guardia freni alla ferrovia.	Ivrea.	Corda vocale sinis[illegible] verso la metà.
20	Callieri Celestina.	28	Lavandaia.	Madonna del Pilone (Torino)	All'unione del terzo [illegible] teriore col terzo m[illegible] della corda vocale des[illegible]
21	Reviglio Giuseppina.	28	Bambinaia.	Torino.	Corda vocale destr[illegible] verso la metà.
22	Marocchino Giuseppe.	29	Contadino.	Crova Vercellese	Due polipi a form[illegible] fragola una sulla c[illegible] destra, l' altro sulla sinistra al terzo anteriore.
23	Rabbia Antonio.	54	Domestico.	Torino.	Vegetazioni polip[illegible] sulla corda vocale destra.

ATURA del TUMORE	SINTOMI	TRATTAMENTO	ESITO
ma grosso come ·olo pisello verso à della glottide.	Raucedine, tosse da due mesi.	Si rimanda la bambina, consigliando la madre di portarla ad epoca più propizia.	—
lloma di color)-bruno grosso ıto un pisello.	Raucedine da un mese	Esportato 17 settembre 1884	Guarito.
ma grosso come pocchia di spillo.	Raucedine da 4 mesi.	Esportato il 23 novem. 1884, previa applicaz. di cocaina.	Guarito.
illoma di color ncastro grosso to una nocciuola.	Rauced. da 10 mesi.	Esportaz. in più sedute dal 17 nov. al 15 dicembre 1884.	Guarito.
Papillomi.	Da 7 anni dispnea e raucedine, di quando in quando l'ammalato elimina collo sputo pezzetti somiglianti a cavolofiore con miglioramento dei sintomi.	Si tentò poche volte il sondaggio poi l'ammalato non si lasciò più vedere.	Seppimo che morì il 13 giugno 1885 due mesi dopo la nostra visita.
loma grosso come grano di miglio.	Raucedine da 2 mesi.	Perduta di vista.	—
lloma grosso come grano di miglio.	Rauced. da un anno.	Esportato il 12 giugno 1885.	Guarito.
lloma grosso come grano di miglio.	Raucedine da 6 mesi.	Esportato il 28 giug. 1885; resta una piccolis. porzione che scompare con pennellatura di Nitrato d'arg. 10 %.	Guarita.
roma grosso come una lenticchia.	Rauced. da un anno.	Esportato il 1° sett. 1885 previa Cocaina.	Guarito.
Papillomi grossi come ceci.	Afonia da 4 mesi.	Esportato il 6 novem. 1885 previa Cocaina.	Guarito.
pillomi grossi come grani di miglio.	Raucedine da un anno, tosse.	Raschiamento col cucchiaio previa cocaina.	Perduto di vista.

Corpi stranieri.

Abbiamo osservato tre casi di corpi stranieri nella gola, tutti e tre in donne.

Ecco in breve i casi osservati:

1°—Montrucchio Clotilde, d'anni 22, fantesca, di Torino si presenta all'Ambulatorio il 14 aprile 1883 accusando dolori vivi alla gola, comparsi la sera prima mangiando del pollo.

All'esame laringoscopico si riscontra tumefatta la regione aritenoidea sinistra e il seno piriforme corrispondente, nel quale si scorge un corpo biancastro. Colla pinza viene estratto un pezzetto d'osso lungo circa 2 centimetri.

2°—Brunetti Maria d'anni 13, scuolara di Torino, si presenta alla visita il 14 giugno 1883 narrando avere due giorni prima ingoiato un ago e di sentirlo ancora alla base del collo. L'esame laringoscopico è negativo; si introduce una sonda nell'esofago, l'ammalata si sente libera e se ne va contenta. Il giorno dopo si ripresenta accusando senso di punture a livello dell'osso ioide. All'esame laringoscopico si riscontra un ago impiantato alla base della lingua davanti all'epiglottide; si estrae colla pinza di Schrötter.

3.°—Gabriella Poscaia, d'anni 20 ricoverata nell'ospedale Cottilengo viene all'Ambulatorio il 14 Ottobre 1885, narrando aver trangugiato una spilla il giorno 10, mangiando la minestra, ed accusando dolori puntori alla gola. All'esame laringoscopico si nota alla base della lingua, subito al disopra dell'epiglottide, una punta di color nerastro; dopo qualche tentativo s'estrae colla pinza un ago da cucire irruginito, della lunghezza di circa 3 centimetri.

Oltre a questi infermi in cui fu possibile la diagnosi, dobbiamo ancora registrare 11 casi in cui ci fu impossibile esaminare il laringe per l'indocilità degli ammalati, i quali d'altra parte si presentarono una volta sola all'Ambulatorio; più 5 casi di ammalati inviati da Colleghi per l'esame laringoscopico e in cui l'esame fu negativo.

CONTRIBUTO
ALLO STUDIO DELLE NEVROSI RIFLESSE D'ORIGINE NASALE E DEGLI EFFETTI DELLA FARINGITE CRONICA

Pel Dott. LUIGI DE GENNARO.

πάντα ξύῤῥοα και ευροα.
IPPOCRATE.

Se in questi ultimi anni ammiriamo il grande progresso fatto dalla nostra scienza, egli è in grazia dell'assidua e spregiudicata osservazione dei fatti non solo, ma ancora della esatta interpretazione sperimentale degli stessi. Sicchè, i fenomeni nervosi dei quali mi accingo a parlare, se tenevano ad un *aliquid divinum* per IPPOCRATE, allo *Stretto, al Lasso o alle condizioni dei solidi* per TEMISONE, ad un *agente morboso* aeriforme per PLATONE ed ARISTOTELE, alle *aberrazioni di Archeo* per VAN-HELMONT, al *moto* per l'Iatromatematicismo di BOERHAVE, ad un *eccesso* o *mancanza di forze* pel BROWN, ad un *più* o *meno* di *carbonio, idrogeno* ed *ossigeno* per l'Iatrochimismo, ad una *iperstenia* od *iperastenia* pel controstimolo del RASORI, ad uno *stato congestizio* per la teoria fisiologica del BROUSSAIS, per noi al contrario tengono ad una malattia accertata o ad uno stimolo qualsiasi localizzati nel naso. Ed ecco perchè oggi, di quanto si parla o si scrive in Medicina, è tutto un seguito di storie cliniche e di sperimenti.

Volendo io dunque dare un contributo alle nevrosi riflesse del naso e agli effetti della faringite cronica, stimo indispensabile far cenno almeno di alcuni autori che si sono occupati specialmente delle prime; riportando le loro osservazioni cliniche e gli apprezzamenti. Cercherò, dopo di aver riferiti due casi di mia osservazione, di classificare le varie teorie da loro emesse e fare in ultimo uno studio critico delle medesime.

Fin dai tempi del TISSOT e forse anche prima, si è parlato di queste nevrosi riflesse che il TISSOT chiama *simpatie nervose*. Egli dice nel suo *Traité des nerfs*, che: «*certains stimulus portés involontairement au nez, affectent le cerveau et tout genre nerveux désagréablement et peuvent produire des maux de tête, des vertiges, des vapeurs, des convulsions, des syncopes et même la mort*». Anche il TROUSSEAU descrive una corizza in relazione con l'asma. Più tardi HAENISCH, MACKENZIE, FRAENKEL e special-

mente VOLTOLINI notarono riflessi nervosi e soprattutto asma, per polipi nasali; la loro estirpazione poneva termine agli accessi. Non mancarono altri che dimostrassero il rapporto intimo tra riflessi nervosi e le malattie nasali: così fecero SCHÄFFER, SOMMERBRADT e BRESGEN.

Senonchè spettava ad HACK di aprire il campo ad una serie di osservazioni obbiettive e venire finalmente alla seguente conclusione: che i corpi cavernosi dei cornetti mediani e specialmente inferiori, sono la sede di una zona che possiede proprietà speciali. Infatti la stimolazione della mucosa di questa parte provoca lagrimazione, secrezione abbondante di muco nasale, tosse riflessa, asma, spasmo glottico, afonia transitoria ed anche un accesso di epilessia. Il WILLIS, dopo i suoi studii, è giunto ai medesimi risultati.

Recentemente il Dottor BARATOUX, allontanandosi dal pensare della maggior parte degli autori seguaci di HACK e di WILLIS, sostiene che la proprietà dei riflessi nervosi non si debba attribuire alla stimolazione di quella zona limitata dei cornetti medii ed inferiori, ma piuttosto ad una assai circoscritta del tramezzo nasale. Difatti egli ha prodotto gli enumerati riflessi nervosi, toccando con la sonda la detta zona, che si trova nella porzione posteriore del setto nasale. All' uopo ha scelto individui, i cui cornetti nasali erano distanti dal setto, per non lasciar dubbio di sorta sulla verità dello esperimento. Anzi ha bagnato con una soluzione di cocaina i cornetti, e stimolandoli nella zona descritta da HACK nulla si produceva; ed al contrario, toccando la zona del setto, si notavano tosse, starnuti, lagrimazione, dispnea ecc. Dippiù ha ripetuto lo esperimento in senso inverso, ed i risultati sono stati negativi. Gli stessi fenomeni morbosi ha osservato in una ragazza di dodici anni, affetta da atrofia completa dei cornetti inferiori e notevole diminuzione dei mediani. Pertanto una tenta che toccava il setto produceva lagrimazione, starnuti, tosse e secrezione abbondante di muco nasale.

Non è la stimolazione sulla zona limitata dei cornetti mediani ed inferiori, quella che produce i riflessi; no, dice il BARATOUX, ma sono appunto i medesimi, che fatti turgescenti, per lo stimolo eccitano, col contatto, la zona del setto. Così si spiega, come l'atrofia dei cornetti, o la distruzione della loro parte ipertrofica fa cessare, per incanto i riflessi. L'autore li ha prodotti in un individuo con turbinato ipertrofico; egli l'ha irritato sino a farlo toccare il setto, ed allora, asma, spasmo laringeo, afonia ecc.; cose che per l'innanzi non esistevano. Gli stessi fenomeni ha notati nelle deviazioni del setto, sino a toccare i turbinati.

Ed ora mi permetto, colla massima brevità, di accennare alle osservazioni di varii altri cultori di questa branca.

Il BREBION ebbe a notare, in un viaggiatore, afonia completa, per polipi nasali: li estrasse e tornò la voce. Afonia similmente riscontrò in una donna ventunenne, per enorme ipertrofiadei cornetti medii ed inferiori. Con la galvano-caustica tutto tornò nell'ordine.

Il Dottor HERING medico all'Ospedale di Saint-Roch di Varsavia, notò spasmo glottico in un uomo robusto di 49 anni, per un polipo quanto un pisello, tra cornetto medio e setto nasale. La estrazione pose termine allo spasmo glottico che durava da tre anni. Lo stesso ha osservato afonia spasmodica in un uomo di 50 anni. Durante la fonazione, le corde si avvicinavano tanto da non poter vibrare, e nel momento della respirazione vedeva, su i processi vocali delle aritenoidi, delle ulcerazioni, in seguito della pressione esercitata dalle corde spasmodicamente ravvicinate. Alla rinoscopia anteriore si vedeva il cornetto medio sinistro rigonfiato in maniera da toccare il setto. Questa parte era sensibilissima alla sonda che provocava lagrimazione, starnuti, tosse ecc., e la mucosa si faceva rossa. La cauterizzazione della medesima con l'acido cromico produsse, per quattro giorni, maggiore spasmo ed afonia, sino a che le cose ritornarono allo stato di prima; e ciò perchè la tumefazione si era arrestata. Un terzo caso si riferisce ad un uomo di 53 anni affetto, da 11 anni, da afonia spasmodica e, nell'ultimo anno, anche da spasmo glottico. Il laringe simile al precedente, dalle ulcerazioni in fuori: le false corde covrono le vere; la voce è fioca. I due cornetti mediani rossi, turgidi toccano il setto; la sonda suscita tosse, starnuti ecc.

Il VACHER narra di un ragazzo di otto anni, che riportò rottura del setto nasale, in seguito di trauma: nulla ne avvenne; ma dopo poco, per effetto di lungo camino, andò soggetto a corizza e ben presto divenne afono.

Il nostro Prof. MASSEI, nel 1885, ebbe a notare vertigini in un cappellaio di 25 anni. Era affetto da rinite ipertrofica. Con la parziale escissione della mucosa e con l'uso dell'elettrotermica, cessarono, per incanto, le vertigini. Lo stesso illustre Professore napoletano notò asma riflesso, per mixoma nasale, in un tale da Viggiano. L'estirpazione del polipo, con l'ansa fredda, ripristinò la respirazione.

Il LUBLINSKY, negli ultimi tre anni, nella Regia policlinica, ha osservato 143 casi di rinopatie con asma, e propriamente 55 volte rinite iperplastica, 21 volta ipertrofia dei cornetti inferiori, 11 volte dei cornetti medii, 14 volte rinite atrofica e polipi, 9 volte affezioni del setto (deviazioni, esostosi), 5 volte ipertrofia tonsillare e 28 volte faringite.

E dopo tutta questa lunga tiritera di casi, non sarà superfluo riportare che cosa pensino i diversi osservatori sulla patogenesi di tali nevrosi riflesse.

Il BREBION fa due ipotesi: 1° che lo spazio interaritenoideo sia in relazione con la zona erettile nasale e ehe, per conseguenza, l'ipertrofia di quest'aia erettile provoca l'iperemia dello spazio interaritenoideo. 2° Sotto l'influenza della lesione nasale, avvengono disturbi d'innervazione nei muscoli inspiratori, disturbi prodotti sotto l'influenza della irritazione dell'aia erettile, trasmessi alla midolla per il nervo sfeno-palatino, che si riflettono di là su i muscoli della espirazione. L'autore però sostiene quest'ultima a preferenza della prima che rifiuta, perchè, nei due infermi suoi, lo spazio interaritenoideo era totalmente libero.

HERING conchiude col dire che, non solo il rigonfiamento del cornetto medio ed inferiore, nel loro tessuto cavernoso, produce questi riflessi, come vuole HACK, ma anche è la pressione che questi, così patologicamente modificati, esercitano sul setto. La ragione poi patogenetica di queste nevrosi riflesse, non è per lui oggetto d'ipotesi, ma argomento di suoi accurati studii ulteriori.

Il BARATOUX ci fa sapere che sta facendo studii fisiologici ed embriologici al proposito.

Il Dottor WILLIAM C. GLASCOW di Saint-Louis lesse alla società di Laringologia d'America un lavoro dal titolo: « *On certain vaso-motor disturbances of the nasal membrane* ». Egli, dopo osservazioni e cure praticate, conchiude diversamente dai Dottori MACKENZIE di Baltimora, ROE, DALY ed HACK di Friburgo: cioè che i detti disturbi nervosi sono collegati, come l'asma da fieno, ad un disordine funzionale nervoso, pel quale avviene una iperestesia della mucosa nasale, che produce i sintomi riflessi ben noti, e dei disturbi nei vasomotori. Aggiunge che lo stato della mucosa è dovuto alla contrazione delle arteriole, per l'azione dei costrittori: ne risulta perciò un aumento nella tensione arteriale, che determina una infiltrazione della mucosa ed una ipersecrezione glandolare. I rimedi, come l'atropina, favoriscono la dilatazione arteriosa, e tutti i sintomi morbosi cessano ben presto. Senonchè gl'individui osservati dal WILLIAM presentavano la mucosa tumida, pallida e dal naso colava un liquido sieroso. Egli quindi ritiene questi casi come forme di asma da fieno, col quale li collega.

Il LUBLINSKY così parla: il trigemino fornisce le vie sensitive tra naso e vie respiratorie profonde; ed il riflesso quindi che può essere provocato sulla respirazione, mediante stimolo dal naso, è un tetano espiratorio decorrente con contemporanea

occlusione del glottide. Tali riflessi possono essere provocati anche dalla via dell'olfattorio, come lo provano soprattutto i casi di asma da fieno. Noi perciò dobbiamo opinare che in questi infermi le vie nervose riflesse stieno in uno stato abnorme.

Il Rossbach ritiene per isterici e neurostenici quest'infermi, anche quando non ci sieno altri sintomi di questa malattia. Dell' identico pensare sono il Krause, il Boecker e l'Heymann, il quale ritiene che, per la produzione delle nevrosi riflesse, la tumefazione dei cornetti non agisce con proprietà speciali, come voleva Hack, ma come semplice stimolo sulla mucosa nasale.

In questi ultimi giorni finalmente il Boecker col Woltolini, facendo di meno dell'elemento nervoso, han creduto darsi spiegazione dell'asma, nelle rinopatie in generale, con una teoria che denominano *meccanica*. Boecker ritiene, in altri termini, che i polipi specialmente, otturando la vie normali della respirazione nasale, alterino il chimismo della stessa, col pervenire nei polmoni un'aria qualitativamente e quantitativamente viziata.

È questo adunque lo stato in cui si trova l'argomento in parola; varietà d'opinioni sul punto produttore dei riflessi, incertezza sulla patogenesi degli stessi. L'argomento è interessante e non pochi specialisti rinomati vi consacrano le loro veglie.

Sarà quindi giustificato che, anch'io da parte mia, contribuisca col riferire due casi di propria osservazione.

Raffaele Zipoli, di 23 anni, d'Auletta (Salerno), è stato sempre bene; nessuna malattia costituzionale o di altra sorta; anche adesso gode buona salute, da uno stato continuo di eretismo nervoso in fuori, che dice soffrire da parecchi anni. Da qualche tempo è sorto un polipo mucoso nella cavità destra del naso, tra cornetto medio e setto. Dopo pochi mesi, cresciuto di volume, all'intoppo respiratorio si sono aggiunti spasmo glottico, dispnea, tosse, voce gutturale e fioca, dolor di capo, vertigini, eccitazione nervosa generale, nonchè altri riflessi fisiologici, come lagrimazione, starnuti. Strappato il polipo, sono gradatamente cessati i non pochi riflessi; residuando l'eccitazione nervosa che pure andava scemando.

N. N. di 64 anni, da Vico Equense, è piuttosto di valida costituzione, meno una eccitabilità nervosa alquanto notevole. Ha goduto, presso a poco, buona salute. Da parecchi anni soffre, ad intervalli, di soffocazione (come lui dice) notturna che gli dura pochi momenti. L'udito ha perduto di acutezza e la digestione si è fatta penosa e stentata. Poco o nulla può più respirare pel naso, che sente pieno e sempre accatarrato (sono sue parole) e, come se non bastasse, una molesta raucedine ed asprezza di gola l'obbligano a continuamente deglutire grumi di muco denso

ed attaccaticcio. Dice finalmente che tutte le cure praticate, composte di antispasmodici e di tinture digestive, non gli ànno prodotto nessun miglioramento. All'esame obbiettivo si osservava rinite ipertrofica, con grande tumefazione dei cornetti, faringite ipertrofica, con ectasia vasale in fondo e lieve grado di laringite. Per dileguare in me qualche dubbio, volli esaminare il sistema nervoso che trovai sano, normali i toni del cuore, fegato normale ed assenza di albumina nelle urine, solamente lo stomaco abbastanza dilatato. Con questi sintomi funzionali, da una banda, cioè spasmo glottico, sordità e penosa digestione e con gli obbiettivi, dall'altra, di rinofaringite cronica ipertrofica e stomaco dilatato: e tenendo conto inoltre della inutilità delle cure precedenti, stimai poter fare la diagnosi diretta di spasmo glottico, sordità e dispepsia per rinofaringite cronica ipertrofica.

Questa mia diagnosi, così esplicitamente formulata, potrebbe dar luogo a qualche dubbio che sento il dovere di eliminare.

Lo spasmo glottico poteva essere sintomatico di altra malattia, come epilessia, atassia locomotrice, aneurisma dell'aorta, cancro dell'esofago e che so altro? Rispondo di no, sia perchè l'esame, appositamente da me praticato, del sistema nervoso e cardiovascolare, fu negativo, sia perchè mancava ogni dato anamnestico ed obbiettivo che accennasse a morbo di sorta alcuna.

Quella pena digestiva che ho chiamato dispepsia, poteva essere sostenuta da un catarro di stomaco? Rispondo egualmente di no; primo, perchè il cuore ed il fegato erano normali, e quindi nessuna condizione morbosa di stasi nella circolazione sanguigna del ventricolo, od irritazione della mucosa dello stesso per presenza di urea; secondo, perchè l'igiene nel mangiare e la cura farmaceutica praticata non valsero a scongiurarlo; terzo, finalmente, perchè la cura della faringite, da me praticata, ha tolta la difficoltà digestiva, che non sarebbe altrimenti cessata, essendo catarro cronico dello stomaco.

Mi sono tra gli altri, giovato del criterio a *juvantibus et laedentibus*, per negare il catarro cronico dello stomaco. So ben io che non è un criterio rigorosamente scientifico; perchè spesso la malattia che deve curarsi con quel farmaco e guarire, non viene scongiurata; e ciò per altri guasti consecutivi, che la medesima ha prodotti, di natura talvolta incurabili. Per esempio, chi potrebbe negare trattarsi di sifilide cerebrale, sol perchè i sintomi della medesima non sono svaniti con l'analogo trattamento mercuriale? Chi ciò pretendesse potrebbe cadere in errore; giacchè, non ostante sia sifilide cerebrale, pure il mercurio è impotente a guarire, non la lue, bensì i focolai e le sclerosi che la medesima ha indotti nella massa cerebrale. Ma qui, nel mio caso, nel

quale il dubbio era per una forma abbozzata di catarro cronico gastrico, la cura praticata avrebbe almeno dovuto produrre un miglioramento di sorta.

Ed allora lo spasmo glottico era per la rinite ipertrofica; cioè per lo stimolo infiammatorio cronico che agiva sulla zona limitata dei cornetti mediani ed inferiori, secondo lo HACK; per i cornetti così tumefatti che premevano sulla zona circoscritta del tramezzo nasale, secondo BARATOUX; per l'una e l'altra efficienza, secondo HERING; per il disturbo d' innervazione che, il tessuto erettile dei turbinati, produceva su i muscoli inspiratorii e che si trasmetteva, pel nervo sfeno palatino, alla midolla e di qui su i muscoli della espirazione, secondo BREBION; per un disordine funzionale nervoso che induceva una iperestesia nella mucosa nasale e la rendeva perciò produttrice di quei riflessi, secondo WILLIAM; per un tetano espiratorio decorrente con contemporanea occlusione della glottide, dato uno stimolo nel naso, secondo LUBLINSKY; per un isterismo o nevrostenismo individuale, posta l'affezione nasale, secondo ROSSBAGH, KRAUSE, BOECKER e HEYMANN.

E la dispepsia in quale nesso si trovava con la faringite cronica? Il nesso era intimo, più di quello che si sarebbe potuto pensare. Di fatti supponiamo che nello stomaco sia una quantità di aria che lo dilati; da una parte, non permettendogli la sua fisiologica peristalsi sul cibo, e muco che faccia poco attaccabile, dall'altra, il cibo stesso dal succo gastrico; il risultato sarebbe certamente sfavorevole per la digestione. Or chi non vede, che ammessa la faringite cronica ipertrofica, le condizioni supposte si avveravano perfettamente? Continui atti di deglutizione, per lo stimolo infiammatorio cronico sulla faringe ammalata, e quindi muco ed aria che incessantemente pervenivano nella cavità del ventricolo. Gli studii di HACK, su questo proposito, vengono a sostenere il mio assunto. Osservazioni cliniche, su lo stesso argomento, sono registrate in una conferenza del VOLKMANN; ma io mi risparmio di riferirle, non solo per tema di provocare troppo la pazienza del lettore, ma ancora perchè credo inutile riportare altre pruove in sostegno di questo assunto che costituisce la seconda parte del mio contributo.

A questo punto, lo so, dovrei occuparmi della sordità notata nel mio infermo, per dichiarare che la medesima non potea dipendere da lesioni encefaliche: ma vi passo a piè pari, sia per non ingolfarmi in un mare di diagnosi differenziali che riguarderebbero, in buona parte quasi tutte, il cervello, lo studio del quale *fa perdere il cervello*, come felicemente si esprime il vecchio Anatomico di Vienna, sia perchè lo credo superfluo; trattandosi, senza dubbio, di un altro effetto, abbastanza comune, della faringite cronica.

In conchiusione dunque, e volendo fare la filiazione dei fatti che si sono succeduti in questo caso, potrei dire così. In principio è sorta, probabilmente per cause reumatizzanti, una rinite che, col tempo, è diventata ipertrofica; essa da un lato, ha prodotto lo spasmo glottico e, dall'altro, la faringite. Questa, in primo tempo, teneva all'ostacolata respirazione nasale; dovendo l' aria non riscaldata, nè purificata attraversare, senza intermezzo, la via del faringe: venuto meno *il filtro ed il calorifero della stessa*, come il Prof. Massei chiama il naso, ed, in secondo tempo, alla comunicazione della medesima condizione infiammatoria della mucosa nasale, della quale è in continuazione di tessuti, di nervi e di vasi. Stabilita così la faringite, sono sorte, per la medesima ragione invocata pel faringe dal naso, la salpingite e, pel disquilibrio di pressione aerea, la diminuzione dell' udito; finalmente il lievissimo grado di laringite. Questo per un verso e per l'altro, si è avverata la dilatazione dello stomaco e quindi, in ultimo, la dispepsia.

Non intendo, a questo proposito, di fare la storia della dispepsia, incominciando dal *difetto di cozione*, come la credevano, col vecchio di Coo, tutti i medici greci, sino a parlare delle classifiche fatte in questi ultimi tempi, e sotto diversi punti di vista dal Sèe, dal Gubler, dal Dujardin-Beaumetz, e vedere, in ultimo, a quale ordine verrebbe ascritta la dispepsia del mio infermo. Uscirei dal tema che voglio trattare, facendo cosa inutile per lo stesso. Solo tengo a riferire i felici risultati della cura locale analogamante praticata dall'infermo. In seguito di tale trattamento, lo spasmo glottico è andato gradatamente cessando, lo udito ha riacquistata la smarrita nettezza nella percezione dei suoni, e la digestione, sensibilmente migliorando, ha concesso all' infermo di potere mandare giù liberamente un buon piatto di legumi, come lo stesso infermo guarito, testè mi dicea. Ed anche questa è un'altra prova della diagnosi fatta. È vero che il criterio curativo non è esatto, ma, in ogni modo, sta pure scritto che « *Naturam morborum curationes ostendunt* ».

Non va senza utilità il ricordare che un caso simile non ho potuto riscontrarlo altrove. Per rinite si è notato tante volte spasmo glottico, ed anche spesso dispepsia e sordità per faringite: ma l'uno e l'altre insieme, nello stesso infermo, per rinofaringite cronica, se è tutto quello che so, mai si è osservato sin ora, come a me è capitato.

Ed ora non so altrimenti stringere le ali del pensiero, dopo il rapido volo fatto sulle pagine sparse delle diverse teorie, che raccogliendo le medesime, classificarle, per quanto è possibile, e, dopo questo sguardo retrospettivo, renderci conto delle stesse.

Delle cennate teorie possiamo, in primo luogo, fare due grandi sezioni. In una vanno quelle che limitano il punto produttore dei riflessi ad un'aia molto circoscritta delle fosse nasali (HACK BARATOUX. BREBION, HERING). In un'altra poi quelle che ripongono il potere dei riflessi su tutta la mucosa nasale (WILLIAM, LUBLINSKY, ROSSBACH, KRATSHMER, HEYMANN). Possiamo inoltre chiamare, fino ad un certo punto, teorie empiriche quelle di HACK, BARATOUX, HERING; e patologiche quelle di WILLIAM, LUBLINSKY, ROSSBACH, HEYMANN, KRAUSE, BOECKER ed altri.

Quali di queste teorie abbiano colto nel segno, più che ai miei criterii individuali, spetta all'accurata interpretazione dei casi clinici, nonchè all'anatomia ed alla fisiologia del naso, le quali ritengo essere l'unico filo di Arianna che ci potrà condurre fuori dal Labirinto delle incertezze.

Rimandando perciò il lettore ai rispettivi trattati, mi riserbo solo quì, di volo, accennare che numerosi vasi sanguigni accorrono al naso: quali la branca terminale della facciale, l'arteria del setto mobile, la palatina anteriore della mascellare interna, un ramo della sfenopalatina, tutti appartenenti alla carotide esterna, ed un ramo dell'oftalmica. Ricorderò che alcuni di questi vasi, diramandosi per gl' innumerevoli fori dei turbinati ed arrestandosi tra mucosa e periostio, vengono a costituire su gli stessi, specialmente sull' inferiore, un tessuto alquanto cavernoso e quindi erettile, per fibre vaso-dilatatrici del trigemino; e, come se non bastasse, ricchi plessi venosi si riscontrano su tutta la mucosa nasale, a preferenza sulla porzione posteriore dei cornetti. Tutta la mucosa poi diventa sensibilissima, da una parte, col ricevere dalla prima branca del quinto il *ramus septi narium* ed i nervi del setto nasale ed i nasali posteriori che in gran parte si diramano sul turbinato inferiore, della seconda branca, e dall'altra, coll'accogliere reti finissime costituite dall'olfattorio, le quali si sparpagliano sul setto e sulla superficie interna dei cornetti etmoidali.

Non desterà quindi meraviglia se un po' di polviscolo atmosferico produca starnuti, se il polline (1) di alcune piante provochi asma, se, per effetto di catarro, le fosse nasali or si otturino ed ora si deostruiscano, se croniche riniti e polipi nasali causino tosse e vertigini le quali tengono ad iperemie momentanee, vasomotorie nel cervello, a cui resistendo le meningi, avviene anemia cerebrale transitoria e quindi vertigini, vomiti, pallori, forme epilettoidi ecc. Allo stesso modo col quale stimoli

(1) Non al polline, ma alla presenza di micrococchi si addebita oggi l'asma da fieno.

sulla schneideriana possono suscitare riflessi nervosi in organi lontani, anche alla lor volta, stimoli in organi lontani possono provocare riniti, disturbi vasomotori nasali e quindi il treno di tutte le mentovate nevrosi riflesse. Valga p. e. la rinite cronica degli onanisti, la tumefazione del tessuto erettile dei turbinati, ed in conseguenza tosse, starnuti lagrimazione ecc. alla semplice vista di luce intensa o dopo impressioni sulla pelle.

Stando così le cose, quali ragioni possiamo trovare in sostegno delle ipotesi di Hack, di Baratoux, di Hering e degli altri seguaci? Nessuna costituzione anatomica speciale troviamo su i cornetti inferiori e mediani o sul setto, la quale ci autorizzi a limitare, proprio lì, in un punto angustissimo il punto eccitomotore di tanti riflessi. Forse perchè maggior numero di vasi e di nervi si riscontrano specialmente sul setto e sul turbinato inferiore? Questo al massimo spiega la maggior prontezza, a preferenza delle altre parti, a rispondere agli stimoli, ma non dona loro il diploma di proprietà speciali, per le quali si richiede costituzione anatomica e massimamente qualità fisiologiche caratteristiche.

Inoltre, coll'ipotesi di Hack, come verranno interpretate le nevrosi riflesse per la via dell'olfattorio, oramai ammesse dal Lublinsky, dal Mackenzie, dal Boecker e da tanti altri, se il primo paio non raggiunge l'aia che principalmente risiede nei cornetti inferiori? Altre ragioni concorrono in folla contro queste ipotesi; ma basti che anche il Boecker, il Krause ed altri ritengono persino insostenibile la ipotesi di Hack, e perciò anche quella del Baratoux e di Hering.

È sotto questo punto di vista che più razionali sembrano le teorie di coloro i quali assegnano a tutta la mucosa nasale, egualmente, la proprietà di produrre i mentovati riflessi. Se nonchè la teoria del Brebion, alla quale, in gran parte vanno applicate le ragioni testè addotte, come che pretende che si susciti per la lesione nasale uno stato abnorme nell'arco diastaltico descritto, non dovrebbe patire eccezioni di sorta, e quindi dinanzi a tutti i casi clinici dovrebbe fatalmente verificarsi, come lo starnuto, la lagrimazione ed altri riflessi fisiologici, ben distinti dalle nevrosi riflesse, si avverano dietro ogni stimolo portato sulla mucosa del naso. Ma sventuratamente non è così. Difatti l'esimio Prof. Massei non parla di nevrosi alcuna in tre casi di pericondrite del setto da traumi. In uno si trattava di ematoma, in un altro di ascesso che fu vuotato, e nel terzo di perforazione (1). Lo stesso Prof. Massei, su quattro casi di mixomi nasali, solo

(1) Lezione di chiusura al corso di Laringoiatria, 1884.

in uno riscontrò asma riflesso (1). In questi casi, nè la zona del BARATOUX godeva delle sue proprietà speciali, nè il nervo sfeno-palatino trasmetteva nulla alla midolla. Il LUBLINSKY (2) su settantanove casi di rinopatie, solo sette volte notò asma e, di questi sette infermi, cinque eran donne. Infinite altre osservazioni potrei riportare in sostegno di quello che dico ; ma sarebbe moltiplicare enti senza necessità.

Tutto questo, se da una parte ci fa abbandonare la ingegnosa teoria del BREBION, dall'altra, ci obbliga ad ammettere col ROSSBACH, col LUBLINSKY ed altri illustri autori un elemento , negli infermi di rinopatie , che non stia sotto la dipendenza della lesione nasale ; ma che, al contrario, sia uno stato dello individuo, permanente, il quale pigli solo occasione dalla malattia nasale , come da qualunque altra, per farsi manifesto. In altri termini , la rinopatia non costituisce una causa efficiente , per la produzione delle nevrosi riflesse, come pretendono HACK, BARATOUX e BREBION, ma una qualunque causa occasionale. Questo elemento è, senza dubbio, lo stato patologico isterico o nevrostenico il quale, quando già esiste nell' individuo, sotto l' influenza della rinopatia, si manifesta in forma di nevrosi riflesse. Con questo agente patologico facilmente ci spieghiamo la rarità delle nevrosi riflesse, notata dal BOECKER , dal KRAKAUER , dal LUBLINSKY e da tanti altri, di rincontro agl' innumerevoli infermi di rinopatie. Valgano, solo per un esempio, i sette infermi del LUBLINSKY, i quali tra i 79 erano quelli di mal ferma salute e le cinque donne erano isteriche. Valgano i due miei ammalati che presentavano un eretismo nervoso spiccato il quale, a loro schietta confessione, era l'accentuazione di uno stato precedente, in cui erano vissuti per più anni.

Voglio però far notare che , nell'ammettere , come fo pienamente, un isterismo o neurostenismo con ROSSBACH, HEYMANN, BOECKER ed altri, non credo il medesimo stato patologico dover comparire solo come una condizione individuale precedente, ma anche possibilmente sopravvenuta. Così se un sofferente di lesione nasale infiammatoria o neoplastica, fin' ora non ebbe a risentire di alcuna nevrosi riflessa , ora , per qualche infermità sopraggiunta, venendo alterato, anche per poco il chimismo nervoso, figurano nel proscenio i riflessi in parola. Con questo criterio agevolmente mi spiego l'asma che il GRAVES ha osservato negl' infermi di *Grippe*,

---

(1) Lezione di chiusura al corso di Laringoiatria, 1884-1885.
(2) Archivii italiani di Laringologia. Anno VI, Fascicoli 1 e 2, 1886, Napoli. Asma e Rinopatie (17 Maggio 1886) per A. KRAKAUER.

i quali all'ascoltazione pulmonare non avevano il benchè minimo ronco.

Ho fatto altrove cenno della teoria meccanica con la quale il Boecker ed il Voltolini, seguendo il Bresgen, pretendono di darsi ragione dell'asma nelle rinopatie. In verità questa teoria mal si regge ed è assolutamente negata da Krause e da Lublinsky. Ed infatti, come fanno i medesimi autori della teoria in parola a dar conto dell'asma che si rinnova, quando si stimolano quei punti della mucosa nasale dove toccava il polipo già estratto? Ed in qual maniera daranno ragione della completa mancanza dell'asma in tanti casi di grossi polipi ostruenti e di altre rinopatie?

Conchiudo, stimando che allo stato presente si possa dire l'ultima parola su tale controversia, senz'aspettare che *senescat tempus* nello attendere gli ulteriori studii di Hering e quelli fisiologici ed embriologici promessi dal Baratoux. Oramai possiamo, con piena coscienza, sostenere che quando le rinopatie si accompagnano a nevrosi riflesse, nelle veci di rivendicarsi un fenomeno che loro spetta, stanno solamente là per attestare, pur una volta, che il paziente ha un sistema nervoso la cui nutrizione non è fisiologica. A questo proposito andrebbe proprio ben invocato il detto degli Scolastici: *Quid quid recipitur ad modum recipientis recipitur*, ed anche l'aforismo d'Ippocrate che: *Tutto concorre e meravigliosamente concorre.*

E, dopo tutto quello che ho detto, spero che il lettore voglia credere questo studio di non poca utilità pratica. Infatti, dinanzi a tante svariate nevrosi, senza l'aiuto del rinoscopio e senza la vera cognizione etiologica, chi sa a quante diverse affezioni non si andrebbe col pensiero e quanti disinganni non verrebbero raccolti, dopo la inutilità delle cure praticate. Scommetto che non pochi asmi, spasmi glottici ed altre nevrosi di simil genere, sarebbero curati da un rinologista, in pochi giorni, dopo la inutilità dei lunghi sforzi altrui. Quanti sofferenti di stomaco non esulterebbero se sapessero che, alla fine, il gran secreto della loro guarigione è affidato al piccolo istrumento del Garcia! La cura di una faringite, che non richiama neanche la loro attenzione, li scioglierebbe dai lacci tormentosi delle loro disperate sofferenze.

CASO DUBBIO SULLA CAUSA DELLA PARALISI DELLA CORDA VOCALE SINISTRA.

Nota Clinica del Dott. FRANCESCO FELICI.

Luigi Campanella, d'anni 34, da Napoli, ammogliato con prole, ha perduto il padre per apoplessia e la madre per parto. Sua moglie ha avuto 2 figli e un aborto a 3 mesi. Fino a 21 anno ha goduto sempre ottima salute; a quest'epoca contrasse il tifo da cui guarì perfettamente; ebbe pure una eresipela e la scabbia. A 30 anni contrasse un' ulcera dura, per la quale soffrì di dolori alle articolazioni ed alle ossa che aumentavano nella notte; poi ebbe forte cefalea sopraorbitaria, placche mucose alla bocca, indi laringite, da cui guarì in un mese; non ebbe mai nè eruzioni cutanee, nè caduta di capelli. Dai 30 ai 34 anni, sebbene si sia curato, è andato soggetto a continue ricadute, alle quali forse influiva l'umidità dell'abitazione in cui doveva vivere e la scarsa alimentazione. È da circa un mese e mezzo ch'egli ad un tratto è stato colto da una intensa cefalea esacerbantesi alla notte e con tale violenza, che il dolore talvolta gli procurava dei deliqui, da cui poteva riaversi solo dopo 1[4 di ora, senza che ricordasse nulla di quanto gli era accaduto; vedendo che le cose non miglioravano, fu costretto a ricoverare nell'Ospedale degl'Incurabili, dove sottoposto ad una rigorosa cura specifica migliorò assai colla cefalea, sebbene a grandi intervalli e con minore intensità la risenta tuttora.

All'Ospedale stesso si accentuarono i fenomeni che già aveva a carico della laringe, consistenti in disfonia e in un certo senso di affanno più rilevante quando beveva o si affaticava. Questi sintomi, che tuttora persistono, sono accompagnati a difficoltà nella deglutizione, giacchè alcune volte i cibi rigurgitano per il naso e il bolo fa sorgere uno spasmo esofageo, per vincere il quale ha bisogno di un certo tempo e di una certa fatica, facendo movimenti forzati di deglutizione. Ha tosse secca, stizzosa, che si accentua, sia se respira in ambienti polverosi, sia quando mangia.

Esame obbiettivo. — L' infermo è in condizioni di nutrizione assai scaduta; ha pelle bianca, coperta al torace da molte chiazze di pitiriasi versicolore.

L'esame del polmone è negativo; il cuore non si mostra ingrandito e l'ascoltazione della mitrale e della polmonale nulla pre-

sentano di notevole; i 2 toni dell'aorta non sono netti, il polso della radiale è debole, le arterie temporali sono serpiginose. Le pupille reagiscono ambedue, sebbene meno bene quella di sinistra, ed infatti coll'occhio di sinistra vede gli oggetti velati. Non vi è ingorgo della pleiade cervicale, nè dei gangli epitrocleari: la pleiade inguinale è più pronunziata a sinistra, meno a destra. Conservata la forza muscolare, normale la deambulazione: non accusa altri dolori di sorta.

L'esame laringoscopico ci fa notare che durante la fase inspiratoria, la corda vocale sinistra non si allontana dalla linea mediana; essa cioè resta nella forzata posizione fonatoria. Di più, vi è faringite secca e distruzione del velo pendolo con residui di tessuto cicatriziale.

Epicrisi — Il caso che ci si presenta, merita un'attenzione particolare, prima perchè importa definire se la immagine laringoscopica riveli una paralisi del crico-aritenoideo postico, ovvero uno spasmo degli antagonisti, e poi per la causa dubbia alla quale si può riferire il fenomeno. Infatti, molte sono le ragioni alle quali potrebbe attribuirsi il fatto clinico della disfonia, ma poche sono quelle convincenti, capaci di spiegarci nel presente caso la lesione anatomica.

Il primo quesito è ancora *sub judice* ed uscirei dai limiti di una semplice *nota clinica* se volessi esporre tutto quello che in questi ultimi tempi è stato detto *pro* e *contra*. Quello che rimane certo, ad onta di tutto ciò, è la importanza della pressione esercitata sul ricorrente; nozione questa che già comincia a rischiarare l' intricato problema della etiologia.

Noi passeremo rapidamente in rassegna tutte le cause possibili di produrre una tale alterazione, ed esamineremo quale di essa possa condurci allo scopo prefisso. Anzitutto guardando entro la laringe, ci convinciamo presto nulla esservi che ce la possa spiegare, giacchè non vi sono tumefazioni esterne nella regione laringea, non ingorgo dei gangli cervicali capaci di operare una compressione sulla corda, non tumefazione delle cartilagini aritenoidi e dello spazio meso-aritenoideo da far supporre poter dipendere da anchilosi della articolazione aritenoidea consecutiva ad un processo flogistico ivi stabilitosi: nulla insomma che localmente ce lo spieghi.

Una origine cerebrale non credo possa invocarsi, perchè non si hanno che 2 fatti: pregressa ed intensa cefalea ceduta alla cura specifica, e lesione oculare caratterizzata, secondo l'esame accurato fatto dal Prof. D'Angelo, da atrofia incipiente della papilla del nervo ottico di sinistra per sifilide.

Ora, il primo fatto può spiegarsi per alterazioni delle tuniche vasali, molto più che questa ipotesi è confortata da quelli insulti che aveva l' infermo prima di entrare all' Ospedale, e per per i quali cadeva a terra privo di sensi e vi restava per circa 1[4 d'ora, non conservando, dopo, memoria alcuna di quanto gli era accaduto. E a vieppiù confermare che questo era un fatto a sè, basta badare al racconto che fa l'infermo, che cioè mentre la cefalea cedeva alla cura specifica, i fatti laringei aumentavano al punto da chiedere un aiuto per questi, non pensando più affatto alla cefalea.

Per il 2.° fatto del disturbo visivo dell' occhio sinistro, senza ricorrere ad una lesione del lobo occipitale di destra per la decussazione delle sue fibre nella parte interna o nasale del chiasma, o ad una gomma comprimente il nervo ottico in un tratto del suo tragitto (giacchè avrebbe dovuto migliorare con la cura fatta), o ad un fatto celtico, perchè mancano gli altri sintomi, si può spiegare invece con una flogosi interstiziale prodotta nel tessuto del nervo oltre il chiasma o con una neoformazione ossea nel forame ottico capace di produrre l'atrofia della papilla. Così pure si può escludere trattarsi di una sclerosi o di una paralisi bulbare progressiva perchè ne mancano i sintomi.

Può anche escludersi una origine riflessa, perchè non si trova nulla d'importante nella faringe; non vi è ipertrofia tonsillare, nè tumori dell' istmo. Ad una neoplasia esofagea non può pensarsi, perchè il sondaggio ripetuto più volte dal Prof. Masucci è stato del tutto negativo. Non sarà certo il caso nostro da porsi fra quelli prodotti da cause ignote, come è quello riferitoci dal Mackenzie di una donna disfonica fino dall'infanzia e giunta con tale alterazione fino a 41 anno, senza che si potesse constatare nè aneurisma, nè tumore toracico, nè ipertrofia glandolare, nè lesione cerebrale.

Lo stesso Mackenzie dice: « le cause che conducono alla paralisi di un abduttore sono le identiche di quelle che producono la forma di paralisi bilaterale, cioè influenze periferiche ossia pressione su di uno dei vaghi o dei ricorrenti », e per conseguenza avendo potuto escludere tutte le altre cause su esposte, non resta che ammettere la pressione sul ricorrente, senza ulteriormente occuparci, in questo momento, se l'effetto sia indebolita azione del crico-aritenoideo posteriore, o contrattura spastica (Krause) dell' adduttore. La pressione non potrebb' esser fatta che da linfoadenomi peri-bronchiali o peri-tracheali, ovvero da una endoarterite capace di aver prodotto una ectasia sufficiente a comprimere il ricorrente di sinistra senza [illegible] rilevabile ad una attenta osservazione semeiotica e [illegible] ncamente noi crediamo po-

tere inclinare per la seconda ipotesi, perchè i linfoadenomi peribronchiali o peritracheali dovrebbero essere abbastanza rilevanti per produrre tale alterazione; di più il timbro respiratorio sarebbe di un sibilo espiratorio e in parte anche inspiratorio per la stenosi derivante dalla diminuzione del lume bronchiale o tracheale, ciò che nel nostro caso non esiste.

Quindi vi è probabilità maggiore ad ammettere una endoaorterite da cui ne è derivata una ectasia, anche leggera, della parete inferiore e posteriore dell'arco aortico, giusto appunto dove s'inflette il ricorrente di sinistra, per poi risalire in alto : ed infatti non occorre che sia forte la compressione per produrre dissesti di motilità delle corde, giacchè abbiamo più volte visto nel Dispensario di Laringojatria dell'Università di Napoli , che tumefazioni non rilevanti dei gangli cervicali avevano prodotto ora spasmo ed ora paresi delle corde. Di più , ad ammettere tale ipotesi , sebbene non si abbiano sintomi indiscutibili di endo-arterite, tuttavia si ha che le arterie temporali sono serpiginose, che i toni dell'aorta non sono nettissimi, che la cefalea sofferta è da attribuirsi ad alterazioni dei vasi cerebrali, e che abbiamo potuto escludere le altre cause. Potrei da ultimo soggiungere che lo stesso Prof. Massei crede « che nella paralisi degli abduttori, questo è sintoma tanto prezioso che nei casi dubbi di aneurisma assolve esso solo una diagnosi » (Encicopledia Medica Italiana, Milano 28 let. L.). Infine il trattamento antisifilitico se non ha dato alcun miglioramento, forse è stato perchè non seguitato a lungo e non coadiuvato da una cura igienica e ricostituente.

Con la descrizione di questo caso clinico io non ho creduto di risolvere categoricamente la questione se trattasi di paralisi o di spasmo della corda sinistra, ma credo più verosimile la paralisi per endoaorterite sifilitica; laonde mi piace ancora una volta richiamare l'attenzione dei cultori di questa nobile branca della medicina sui dubbi che talora s'incontrano nella pratica, avanti alla quale ancora la scienza non può superbamente innalzare il vessillo della vittoria.

CONTRIBUTO ALLA STATISTICA DELLE TRACHEOTOMIE

Per il Dott. FRANCESCO EGIDI

Specialista per le malattie della gola, del naso e dell'orecchio.

La tracheotomia comincia anche presso di noi ad avere quel giusto credito che merita. Fino a pochi anni fa, però, difficilmente si permetteva al medico di proporla e tanto meno al chirurgo di eseguirla. I genitori erano così ciecamente impressionati di questa operazione, che preferivano far morire i propri figli affetti da *croup* per malintesa pietà, anzichè sottoporli alla tracheotomia, unico e sovrano rimedio in certe circostanze disgraziate.

Grazie alla civiltà, è oggi scomparsa la triste idea del terrore, col quale si dipingeva dai profani la tracheotomia, che a ragione il SAUVAGE chiamò *divina*.

È indubitato che la tracheotomia è una di quelle operazioni che compromette l'amor proprio di un medico, perchè piena di pericoli durante e dopo l'atto operativo. Ma, se si hanno dei disinganni, questi sono largamente compensati dalla soddisfazione di operare di sovente, per mezzo di essa, delle vere resurrezioni di corpicini asfittici, condannati per il croup a morte straziante.

E qui non posso a meno di fare un caldo appello ai Colleghi, perchè si persuadano ad avere cieca fiducia nei resultati della tracheotomia, e a renderla popolare. Anche quelli esercenti la sola medicina dovrebbero, ad imitazione del grande TROUSSEAU, addestrarsi nella tracheotomia, perchè questa appunto è un'operazione d' urgenza, che si deve sempre tentare quando tutti gli altri rimedî hanno fallito. Si potrà così prevenir l'asfissia e aver tempo di somministrare i rimedî per guarire la malattia. Che se si lamentano degl'insuccessi, questi si debbono ripetere dall'aver aperta la trachea troppo tardi, o da mancanza di cure dopo l'operazione. Un consiglio quindi da non trascurarsi mai si è quello di operare per tempo, prima cioè che l'asfissia sia giunta ad un grado troppo avanzato. In certi casi val meglio peccare di precipitazione, che rimanere troppo in ritardo; e quando l'asfissia fosse il sintomo principale, che nello spazio di poche ore rendesse cadavere l'infermo, non sarebbero e non potrebbero essere contro-indicazioni alla tracheotomia nè l'età, nè la costituzione, nè altre complicazioni.

Le statistiche, che si trovano fino ad ora registrate nei diversi autori che parlano di tracheotomia, sono assai sconfortanti, e per quanto si voglia studiare sulle cifre riportate, si rimane sempre in una grande incertezza, specialmente per ciò che riguarda la difterite ed il croup

Il Kuhn ci riporta la statistica più estesa e da essa risulta che sopra 707 tracheotomie, si sarebbero ottenute 410 guarigioni: questa statistica però è complessiva e comprende tutte le diverse indicazioni, cioè le tracheotomie fatte 1° per corpi estranei, 2° per edema della glottide, 3° per affezioni sifilitiche, 4° per pericondrite e necrosi, 5° per angina tonsillare, 6° per epilessia, 7° per ferite, 8° per scottature, 9° per malattie delle parti circostanti, 10° per polipi, 11° per croup, 12° per laringite acuta, 13° per laringite cronica.

I migliori risultati si sarebbero ottenuti per i corpi estranei, poichè in 149 operati si ebbero 109 guarigioni: in 277 operati per croup, le guarigioni sarebbero state 125, cifra attendibilissima, se si considera che Gosselin, Degrise, Huguier, Zariavay, e Monond in Parigi praticarono 95 operazioni senza un solo successo. Ma ciò non deve meravigliare, nè tampoco scoraggiare, poichè un lavoro statistico delle affezioni croupose e difteriche nelle loro relazioni colla tracheotomia incontra grandissima difficoltà. Al risultato più o meno buono della tracheotomia influisce moltissimo la differenza d'intensità di processo: quando il genio epidemico decorre fatalmente, i risultati sono sempre negativi. Anche la scelta del momento dell'operazione ha la sua non piccola influenza. I medici e i chirurgi determinano diversamente l'indicazione dell'operazione.

Alcuni operano nel periodo asfittico avanzato, altri fanno l'operazione come preservativo contro la lontana minaccia dell'asfissia. È evidente da ciò che mentre i primi potranno avere come risultato il 2 o 3 %, i secondi, invece, avranno il 40 o 50 % di guarigioni. Le statistiche personali sono in tal modo dannose e lo stesso Billroth ha avuto torto quando ha dato un giudizio sfavorevole sul valore della tracheotomia nella difterite, perchè di 12 tracheotomie da lui fatte in Zurigo ebbe un solo successo.

Il Trousseau, che possiede la più grande statistica personale, in 466 tracheotomie eseguite ebbe 126 guarigioni (il 25 % circa), e in quell'epoca Trousseau non poteva certo disporre di tutti i mezzi antisettici moderni. Dalle statistiche più autorevoli che abbiamo nell'*Hôpital des Enfants malades* di Parigi risulta che mentre nel penultimo decennio le guarigioni oscillavano dal 12 al 20 %, nell'ultimo invece si è arrivati ad avere il 40 % e più. Risulta chiaro da ciò che col progresso degli anni sono anche progrediti i successi della tracheotomia.

Non tengo molto a calcolo le statistiche personali, ma se dovessi mettere anch'io il mio piccolo contributo, avrei il 50 % di guarigioni in 8 tracheotomie eseguite in quest'anno per croup nello spazio di quattro mesi; e fra i guariti vi sono due bambini di tenerissima età, avendo appena 20 mesi, come si vedrà dalle storie che farò seguire a questo modesto lavoro.

Un'altra tracheotomia fu da me eseguita nel Novembre del decorso anno 85, con esito felice, in una signora affetta da stenosi laringea per infiltramenti gommosi.

Il metodo eseguito in tutte queste tracheotomie è stato sempre l'ordinario, ossia il processo lento, classico a strati del TROUSSEAU, con qualche variazione a seconda dei casi; processo però relativamente lento, da avvicinarsi molto al processo rapido del SAINT-GERMAIN, tanto preconizzato e raccomandato dall' amico Prof. MASSEI. Quando del resto in 3 o 4 minuti si riesce a compiere la tracheotomia a strati, evitando, per quanto è possibile, il taglio dei vasi, ritengo per lo meno inopportuno penetrare con un solo colpo di bisturi nella trachea, come fa il SAINT-GERMAIN. Una mano poco abile e che non sa misurare la profondità dell' incisione, corre pericolo di ferire, con questo processo, la parete posteriore della trachea e quella dell'esofago, il che sarebbe un fatto irrimediabile con tutte le sue tristi conseguenze. Per mettermi al sicuro di questa grave complicazione e per dominare con un'ampia incisione della pelle tutti i tessuti sottostanti, che si vengono mano mano sezionando e divaricando, io preferisco il metodo ordinario, del quale mi sono trovato sempre contentissimo, e mediante il quale ho potuto evitare sempre l'emorragia.

Il termo-cauterio si è voluto in questi ultimi anni sostituire al bisturi nella tracheotomia; io l'ho usato 4 volte, e se dovessi pronunciarmi a questo proposito, non potrei associarmi a coloro che al bisturi preferiscono il ferro rovente. Se negli adulti corrisponde abbastanza bene, non così avviene nei bambini.

I tessuti anatomici sezionati col PAQUELIN si confondono e si ispessiscono in modo nella delicatissima regione pretracheale, che l'incisione dei primi anelli della trachea (che in ogni caso è sempre preferibile fare col bisturi) diviene un momento difficile, mentre è cosa semplicissima quando si fanno tutte le incisioni col bisturi a strati, potendosi bene osservare e mettere allo scoperto la trachea prima di aprirla.

I fautori del PAQUELIN pretendono d'evitare completamente la emorragia con questo strumento. Io posso assicurare che con tutto il ferro rovente l'emorragia può verificarsi, e che invece incidendo a mano sospesa e coll'aiuto di abili assistenti che divaricano con

adatti uncini i tessuti, si può evitare il taglio dei vasi, sia per la loro favorevole disposizione, sia perchè visibilissimi, essendo molto turgidi nel periodo asfittico del croup.

L'emorragia poi, in certi casi inevitabile o per anomalia dei vasi, o perchè urge aprire la trachea per la minacciante asfissia, non deve imporre ad un operatore. La mano del chirurgo nella tracheotomia non si deve mai arrestare, quando anche il sangue viene in abbondanza. Fino a che non si siano incisi due o tre anelli della trachea, e la cannula non sia al posto e non funzioni, si vada sempre avanti con coraggio. Dopo messa la cannula, l'emorragia cessa come per incanto, sia per il ripristinarsi del circolo, sia perchè la cannula esercita una benefica compressione e fa da tampone.

Un consiglio molto utile e che il compianto Prof. Mazzoni raccomandava sempre, si è l'uncinamento della trachea prima d'incidere gli anelli, per impedire i movimenti di essa a destra e a sinistra. Fissata così o sulla cartilagine cricoide o sul 1° anello, e portata con moderata trazione innanzi, si rende ben facile la sua apertura.

L'introduzione della cannula è il tempo più difficile nella tracheotomia. Spesse volte si è tranquilli di aver messa al posto la cannula e d'aver compita l'operazione, ma sollevato il bambino, questi non respira, è cianotico, l'aria non passa ed il piccolo infermo ha le apparenze d'un cadavere. In questo disgraziato accidente non bisogna smarrirsi, nè perdere il sangue freddo. Si ripone il bambino nella posizione di prima, si toglie la cannula che invece di pescare nella trachea si era intromessa nel cellulare laterale, e quindi colla pinza a due o tre branche si torna a rimetterla a posto. A proposito della pinza per l'introduzione della cannula, io sul consiglio del Prof. Massei, preferisco quella a due branche, perchè quella a tre, di Laborde, spesse volte è imbarazzante. La 3ª branca urta facilmente nel becco della cannula e nel momento di ritirare la pinza, questa trasporta appresso la cannula e conviene allora ricominciare la manovra.

Il più frequente e spaventevole incidente, facile a verificarsi subito dopo la tracheotomia fatta nel periodo asfittico del croup, ovvero durante l'atto operativo stesso, è la sincope. È questo un momento solenne in cui bisogna raddoppiare le forze e il coraggio. Si comincia ad agire subito colla respirazione artificiale, si tempesti il bambino con carte senapate, s'insuffli dell'aria e si faccia qualche iniezione d'etere, dal quale ho ottenuti buoni risultati in simili circostanze.

Terminata l'operazione, non si può abbandonare il bambino, il quale ha bisogno di cure assidue e di sorveglianza medica. Io sono

persuaso che molti insuccessi si debbono ripetere dalla mancanza di cura dopo l'atto operativo.

La cannula può da un momento all'altro cessare di funzionare o per l'addensarsi del catarro nelle pareti interne, o perchè le false membrane per la loro spessezza ed aderenza si distaccano con molta difficoltà.

Un sanitario quindi è necessario che sorvegli il bambino nei primi giorni per tutte l'evenienze possibili e perchè mantenga sempre pulita la contro-cannula e faciliti l'uscita degli essudati.

Le polverizzazioni d'acqua di calce riscaldata, fatte direttamente nell'imboccatura della cannula ogni due ore, e l'introduzione di barbe di penne fino a vellicare la mucosa, servono a meraviglia per la pulizia della cannula, per eccitare la tosse, e per il distacco e l'espulsione delle membrane e del muco.

La rimozione della cannula è una quistione che s'impone dopo la tracheotomia.

Non è assolutamente necessario cambiare la cannula nelle prime 24 ore: funzionando bene potrà stare anche qualche giorno. Ma vi sono delle circostanze che obbligano a togliere la cannula subito e a rimetterne un'altra per impedire che il bambino muoia d'asfissia con tutto il brillante successo d'una tracheotomia fatta a dovere. In questo caso il cambiare la cannula non deve impensierire, poichè poche ore dopo l'operazione i tessuti tutti dalla pelle alla trachea si sono così bene modellati attorno alla cannula, che l'introduzione d'un'altra dello stesso calibro ed anche più grande è facilissima.

L'ablazione definitiva della cannula nei casi fortunati di guarigione conviene farla con prudenza. Quando ho voluto precipitare, mi sono trovato sempre imbarazzato e sono stato costretto rimetterla dopo 10 o 12 ore, perchè la laringe non funzionava bene, e perchè era difficile l'espettorazione degli essudati per le vie naturali, e quindi accessi convulsivi di tosse e nuova minaccia di asfissia.

In genere, al quinto o sesto giorno comincio a chiudere la cannula per qualche minuto per obbligare il malato a respirare colla laringe, acciocchè i muscoli rimasti nell'inazione parecchi giorni comincino a fare un po' di ginnastica. Nei giorni successivi faccio chiudere la cannula per qualche ora, e quando sono sicuro che la laringe permette all'aria il libero passaggio, rimuovo definitivamente la cannula. Ciò fatto non ravvicino con cerotti i bordi della ferita, ma mi limito a fare una medicatura a piatto con garza iodoformizzata, aspettando la chiusura della ferita tracheale; e quando tutta la piaga si è riempita di bottoni carnosi ravvicino con cerotti i margini della ferita per avere una cicatrice lineare e poco visibile.

1° *Caso. Guarigione.* — La Signora Rocchi Adelaide di Olevano Romano, di anni 53, maritata con prole, mi venne presentata dal Dott. Iella per esser curata di laringo-stenosi incipiente nel mese di Aprile del decorso anno. Aveva raucedine e difficoltà di respiro, specialmente nella notte. Raccolte poche notizie anamnestiche, coll'aiuto del laringoscopio mi fu facile la diagnosi d'infiltramenti gommosi della laringe. Con una cura specifica generale e locale in un mese e mezzo la malata era migliorata in modo che potè licenziarsi e tornarsene fuori.

Nel Settembre dello stesso anno, sia perchè aveva abbandonata la cura specifica, sia perchè esposta a cause reumatiche, ricomparvero i sintomi locali con maggiore gravezza, specialmente la laringo-stenosi.

La consigliai a tornarsene a Roma per riprendere da capo la cura. Venne subito, ma questa volta non fummo fortunati. L'ammalata non sopportava affatto la cura locale e pochissimo la generale.

La laringo-stenosi si veniva facendo sempre più imponente, e la minacciante asfissia mi obbligò a fare la tracheotomia il giorno 19 Novembre 1885.

In questa prima tracheotomia ebbi l'onore di essere assistito dagli amici Prof. Postempski e Dott. Mazzoni, i quali mi furono larghi dei loro consigli.

L'operazione riuscì facilissima come in genere avviene negli adulti. In questo caso dopo fatta con un bisturi panciuto l'incisione della sola pelle, adoperai il Paquelin fino a scuoprire gli anelli della trachea che incisi col bisturi. L'emorragia scarsissima, facile l'introduzione della cannula. Si ebbe febbre a 39° per due giorni: tornò la calma nella respirazione; e la malata mentre finora è stata e sta benissimo nelle condizioni generali, è però costretta a portare la cannula, perchè la stenosi laringea, quantunque migliorata, non ne permette ancora la definitiva ablazione.

2° *Caso. Morte.* — Coen Ada, di anni 4 e mezzo, si trovava convalescente del morbillo, quando il 31 Marzo del corrente anno cominciarono a manifestarsi i primi sintomi del croup. Tosse caratteristica canina, voce quasi spenta, difficoltà del passaggio dell'aria attraverso la laringe ecc., sintomi tutti che la mattina del 1° Aprile si fecero talmente imponenti da richiedere la tracheotomia. Debbo alla gentilezza del Prof. Blasi consulente, se io fui scelto per eseguirla. Mi assisteva il medico curante Dott. Lelli. L'operazione si fece col bisturi, e riuscì incruenta, senza incidenti di sorta. In due minuti la cannula era al posto e funzionava benissimo. Tornò subito la calma alla bambina, che si mantenne in uno stato soddisfacente per due giorni. Al 3° giorno la febbre da

38° ½ salì a 40°, ricomparve l'affanno, le regioni laterali del collo si gonfiarono, indicando la diffusione del processo non solo in basso, ossia al petto, ma anche alle tonsille e faringe, e alla superficie della piaga. I sintomi di alta infezione si fecero sempre più marcati, e la bambina cessò di vivere la mattina del 4° giorno.

La presenza della cannula non ha mai provocato in questo caso un colpo di tosse. Questo fatto, dopo la tracheotomia, è un segno d'infausta prognosi, poichè la cannula a contatto della mucosa tracheale dovrebbe stimolare per azione riflessa la tosse che è sempre benefica per l'espulsione del muco, di pseudo-membrane e di essudati. Se tuttociò non accade, la mucosa è già in preda ad un processo avanzato, e si può con sicurezza pronunciare una prognosi riservatissima o infausta.

3° *Caso. Guarigione.*—La sera del 28 Marzo fui chiamato d'urgenza dall'amico Dott. MARIOTTI per operare di tracheotomia Borda Remo, di anni 5 e mezzo, per consiglio anche del consulente Professore BLASI. Alle ore 8 e mezzo si trovò il bambino in condizioni tanto gravi per avanzata stenosi laringea crupale, che io credeva non si facesse in tempo ad aprire la trachea. Senza perdere tempo si mise il bambino nella dovuta posizione e si fece l'operazione a strati che riuscì pronta e facile in tutti i suoi tempi. Non si potè evitare il taglio di qualche vaso, sia per l'urgenza del caso, che reclamava la pronta apertura della trachea, sia perchè la persona che teneva il lume perdette il coraggio e provò a lasciarci nel buio.

La cannula nei primi giorni destò tosse frequente e molesta con espulsione di muco sanguinolento e catarro denso. La febbre non superò mai il 39° ½ e durò 4 o 5 giorni.

All'8° giorno, dopo essermi assicurato che la laringe era tornata pressochè allo stato normale, levai la cannula definitivamente: al 15° giorno la ferita tracheale era chiusa, e al 25° giorno la piaga era cicatrizzata completamente nel modo il più soddisfacente.

4° *Caso Morte.*—Frontini Girolamo di anni 3 e mezzo fu operato di tracheotomia per croup il 14 Aprile alle ore 8 e mezzo pom. col termo-cauterio del PAQUELIN. Mi assistevano il curante Dott. APOLLONI e i Dottori CAPPELLO e BRAGGIO. A metà strada il PAQUELIN si spense, e si dovette proseguire col bisturi.

Fu difficile evitare la ferita di qualche vaso che rimaneva nascosto sotto l'escara fatta dal fuoco. Si ebbe quindi discreta emorragia, che si arrestò immediatamente dopo l'apertura della trachea e dopo l'introduzione della cannula che riuscì molto difficile. Per ben tre volte dovetti toglierla e rimetterla, essendo sempre caduto fra il cellulare di destra e di sinistra.

Dopo l'operazione si ebbe un vantaggio rilevante, ma al secondo

giorno la febbre si elevò a 40 $^1/_2$ e la diffusione della malattia, verificatasi come nel 2° caso della Coen, portò la morte dopo 48 ore.

5° *Caso. Morte.* — Vannutelli Faustina, di anni 3, fu operata il giorno 21 Aprile col PAQUELIN nel periodo asfittico del croup. L'amico Dott. FILIPPO PELAGALLO curante e il Dott. MUGNAI mi prestarono intelligente assistenza. In questo caso il PAQUELIN corrispose abbastanza bene. Aperta la trachea col bisturi, si videro diverse false membrane messe in movimento dall'aria. Prima d'introdurre la cannula se ne levarono alcune colla pinza. L'introduzione della cannula fu molto difficile. Un accesso di sincope imbarazzò questo tempo dell'operazione. Si riuscì colla respirazione artificiale ed altri mezzi a scongiurare il pericolo momentaneo e restituire viva la bambina ai parenti.

Dopo 24 ore con tutti i sintomi di infezione acuta cessò di vivere.

6° *Caso. Morte.* — Il sesto operato è Panella Alfredo di anni 4 e mezzo curato dal Dott. COCCHI.

Si fece la tracheotomia col PAQUELIN il giorno 28 Aprile alle ore 7 e mezzo di sera. L'operazione riuscì senza incidenti, ma non con quella sollecitudine che si ottiene quando si opera col bisturi.

Senza la grande insistenza dei genitori non l'avrei operato, poichè pochi giorni avanti una sorellina era morta di difterite, ed il croup nel bambino operato era stato preceduto da manifestazioni difteriche sulle tonsille. Si era dunque sicuri di dover lottare con un croup difterico, ed in questi casi la tracheotomia di rado viene coronata da successo, poichè da molti si ritiene che l'operazione è impotente contro l'avvelenamento difterico del sangue. Difatti nel piccolo Panella la febbre salì subito a 40°, l'affanno ricomparve dopo 24 ore, l'infezione si diffuse immediatamente nel petto, e la morte sopraggiunse al 3° giorno.

7° *Caso. Guarigione.* — Alle ore 11 ant. del giorno 5 Maggio si presentò in mia casa un vecchio e gentile Signore, dicendomi, commosso, che un suo nipotino aveva bisogno dell'opera mia immediata e mi pregò di seguirlo. Accettai l'invito e trovai un bambino della tenera età di 20 mesi, robusto, ben nutrito, avvenente quanto mai, unico rampollo dei desolati genitori, per nome Salivetto Giuseppe, che lottava colla morte per un croup fulminante sopraggiunto da poche ore.

La mattina, il curante Dott. LATTANZI, medico valente conosciutissimo nella nostra città, ed il più volte nominato Prof. BLASI cultore appassionato di pediatria e tanto stimato dai nostri Clinici, accennarono alla necessità della tracheotomia e mi fecero

gentilmente chiamare per eséguirla, qualora la laringo-stenosi avesse fatto dei progressi.

Dopo osservato il malato, avuto riguardo alla tenera età, avrei voluto evitare l'operazione per non prendermi si grave responsabilità. Ma la stenosi s'avanzava a grandi passi, l'asfissia minacciava di finire il bambino al più presto, e tutte le risorse dell'arte e le speranze dei genitori erano riposte nella tracheotomia. Il padre intelligentissimo comprese insieme alla necessità i pericoli dell'operazione; e da uomo di senno mi pregò caldamente, perchè la facessi. Alle 4 pom. dello stesso giorno, presenti il Dott. Lattanzi e gli assistenti Dottori Cappello e Braggio, fu aperta la trachea col bisturi. L'atto operativo riuscì incruento e sollecito: in 3 o 4 minuti la cannula era al posto e funzionava benissimo, quantunque la dovessi rimettere per la seconda volta, perchè nell'estrarre la pinza di Laborde la terza branca trasportò appresso di se la cannula. Nei primi tre giorni la temperatura oscillò dai 38° ai 39°, le respirazioni dalle 32 alle 42 e le pulsazioni dalle 112 alle 140. Una quantità di false membrane uscirono dalla cannula qualche volta spontaneamente, altre volte coll'aiuto delle penne e delle polverizzazioni di acqua di calce.

La superficie della ferita si ricuoprì di una spessa placca difterica che distrusse tutto il cellulare.

Al 6° giorno si verificò un fatto abbastanza grave. I cibi liquidi (brodo, ristoro, latte) penetravano dalla laringe nei bronchi, e quindi con colpi di tosse fuoriuscivano dalla cannula. La paralisi faringo-laringea era sopraggiunta a turbare l'andamento regolare della malattia ed a compromettere l'esito fortunato dell'operazione. Essa però dimostrava fino all'evidenza che il croup al pari della difterite è anch'esso infettivo.

Il Prof. Blasi ad imitazione del consiglio di West fece alimentare il bambino con cibi solidi, i quali passavano benissimo dalla faringe allo stomaco. Questo fatto si mantenne per diversi giorni, ma poi con una cura ricostituente e coll'applicazione della corrente indotta alle regioni laterali del collo, scomparve definitivamente, rimanendo solo qualche colpo di tosse quando il bambino beveva con soverchia avidità.

All'8° giorno potei rimuovere la cannula, al 13° la ferita tracheale era chiusa; al 18° la cicatrice di tutta la ferita era completa e pressochè invisibile.

8° *Caso. Guarigione.* — Alle ore 6 e mezzo pom. del 1° Giugno visitai il piccolo Pietro Zappati di mesi 20, gracile, linfatico, sofferente di catarro bronchiale da due mesi, mentre era in preda ad una cianosi avanzata per laringo-stenosi. Il medico curante Dottor Lombardo mi narrò che il bambino era rauco da qualche giorno

e che in poche ore il croup l'aveva ridotto a quello stato. Non si poteva procrastinare l'operazione: senza curarmi di trovare abili assistenti, coll'aiuto valido ed intelligente del solo Dott. Lombardo e di uno studente di medicina, il Sig. Fratelli, che s'incontrò a passare per combinazione, si mise il bambino sopra un tavolo in mancanza di un lettino adatto e si fece la tracheotomia. Nessun incidente si ebbe a deplorare nè durante l'operazione, nè dopo, anzi fu incruenta e svelta, come nel caso precedente.

Dalla cannula, mediante polverizzazioni d'acqua di calce riscaldata fatte ogni ora, uscivano essudati ed una quantità di false membrane. Il bambino passò la notte tranquilla e quasi apirettico; però al 2° giorno sopraggiunse la febbre a 40° ½ e contemporaneamente si sviluppò una pulmonite alla base del polmone destro con affanno e tosse molesta. La vita del bambino fu così compromessa seriamente dalla grave complicazione fino al 10° giorno, epoca in cui la temperatura, che si era mantenuta sempre fra i 39° e 40° ½, cadde colla risoluzione della pulmonite. Volli provare a rinnovare la cannula all'8° giorno, essendomi prima assicurato che la laringe funzionava bene, ma fui costretto rimetterla dopo 12 ore, perchè l'abbondante secreto bronchiale mentre usciva facilmente dalla cannula, provocava accessi di soffocazione per le vie naturali. Al 13° giorno, diminuito il catarro per le migliorate condizioni del petto, potei rimuovere definitivamente la cannula.

La chiusura della ferita tracheale e la completa cicatrizzazione della piaga si verificarono dopo oltre il mese, con parecchi giorni di ritardo in proporzione degli altri casi: e ciò avvenne per le scadenti condizioni generali del malato, il quale dopo una lunga convalescenza guarì benissimo.

La paralisi faringo-laringea che nel bambino Salivetto si manifestò al 6° giorno, in questo comparve al 3° e si mantenne ostinata per oltre 12 giorni, disturbando moltissimo la nutrizione dell'infermo.

9° *Caso. Guarigione.* — Questo caso merita di essere narrato diffusamente, perchè interessantissimo. Trattasi di un bambino di anni 3 e mezzo per nome Guarnieri Alessandro. Dietro il parere del consulente Prof. Blasi fui chiamato a vedere il malato il giorno 27 Luglio nelle ore ant. perchè mi tenessi pronto per la tracheotomia, qualora ne riconoscessi l'indicazione. Trovai il bambino in condizioni discrete. Il medico curante Dott. Consoni mi narrò in poche parole la storia. Il bambino da 4 o 5 giorni aveva febbre, raucedine, tosse caratteristica canina, difficoltà di respiro ecc., sintomi tutti che determinarono i medici curante ed il consulente a pronunciarsi per il croup; diagnosi che io stesso confermai.

La laringo-stenosi non era così avanzata da richiedere sullo istante l'apertura della trachea. Proposi il vapore acqueo e si proseguì nella cura tracciata dai curanti allo scopo di procurare la espulsione delle membrane. Alle 7 pom. dello stesso giorno rividi l'infermo che aveva passata la giornata abbastanza bene: i fenomeni di stenosi laringea accennavano a diminuire ed un'ombra di speranza balenava nella mia mente. Avrei proprio desiderato di risparmiare all'inconsolabile madre, che trovavasi al nono mese di gravidanza, il dolore di ricorrere alla tracheotomia per salvare il proprio figlio.

Alle ore 10 e mezzo pom. (3 ore dopo) si presentò in mia casa lo zio del bambino per dirmi che in quel frattempo un sensibile peggioramento si era manifestato e che il malato era in fin di vita. Senza por tempo in mezzo presi il mio apparecchio, corsi in cerca degli amici Dottori Cappello e Braggio, due bravi giovani Chirurgi che mi hanno assistito con tanta abilità in parecchie tracheotomie, e alle 11 e un quarto precise ci trovammo pronti presso il malato. Si constatò infatti che il piccolo Alessandro era ridotto agli estremi: la cianosi avanzata, il respiro pressochè spento. Io non sapeva rendermi ragione di quell'istantaneo cambiamento di scena. Per l'urgenza del caso si mise subito il bambino nella giusta posizione e si cominciò l'operazione. In pochi minuti la trachea era scoperta ed uncinata senza emorragia. Incisi quindi i primi tre anelli e rimasi meravigliato per la mancanza del sibilo caratteristico dell'aria solito a verificarsi dopo l'apertura della trachea. Applicai allora la pinza a due branche del Trousseau per introdurre la cannula, sollevai il bambino, dilatai le pinze e vidi con stupore insieme ai colleghi una quantità di pus denso uscire dalla ferita tracheale, come suole accadere dopo l'apertura di un vero ascesso. Mi astenni dal mettere in posto la cannula e mantenni dilatata la trachea colle stesse pinze fino a che l'ascesso non si fu completamente vuotato. Poscia introdussi la cannula e la fissai. Accessi violenti di vomito, effetto probabilmente di rimedii usati, disturbarono subito il bambino, e sotto i ripetuti conati una quantità di pus si vide uscire anche dalla bocca, dopo di che in mezzo ad una grave prostrazione di forze sopraggiunse la sincope in una forma così grave, che mise in serio pericolo la vita di quell'innocente; ma grazie alle flagellazioni fatte su quel corpicciuolo con carte senapate, con fomentazioni bollenti specialmente ai precordi, alla respirazione artificiale e ad iniezioni di etere, dopo tre quarti d'ora di lotta si potè restituire colla vita del bambino la calma ai parenti.

Nei giorni successivi tutto procedette regolarmente, quantunque il bambino fosse d'una irrequietezza e vivacità speciale; tantochè

si strappava continuamente l'apparecchio di medicatura della ferita , e faceva colla testa e col capo ogni movimento possibile. La febbre cadde, la respirazione tornò tranquilla e dalla cannula si ebbe nei primi giorni facile espulsione di muco-pus e negli ultimi giorni di solo catarro. Non si videro mai false membrane uscire dalla cannula.

Al 9° giorno, dopo fatte le solite prove e controprove per vedere se la laringe funzionava, si rimosse definitivamente la cannula senza incidenti. La chiusura della ferita tracheale fu assai sollecita. Al 12.° giorno non passava più aria dalla ferita e al 17.° la cicatrice di tutta la piaga era avvenuta in modo così perfetto da non potersi desiderare di meglio.

Dalla narrazione di questa storia risulta chiaro che la laringostenosi del bambino Guarnieri non dipendeva dal croup , ma da una laringite sotto-mucosa acutissima o edema della glottide che invece di finire con un infiltramento siero-mucoso o muco-purulento dei tessuti attaccati, come d'ordinario avviene, è terminata con un vero ascesso laringeo primitivo sia per l'intensità del processo, sia per la costituzione debole, linfatica dell'infermo.

Ora io mi domando : era presumibile evitare l'errore di diagnosi ? Ritengo che no , poichè il solo specchietto laringeo ci avrebbe potuto illuminare a farci riconoscere il processo vero : ma nei bambini in condizioni così gravi come si riesce a fare un'osservazione laringoscopica ? Negli adulti in casi simili il laringoscopio ci può rendere dei grandi servigi, perchè se è vero che *cognito morbo facilis curatio* , esclusa l'affezione crupale e verificato invece l'infiltramento laringeo o un vero ascesso, abbiamo il dovere di scarificare colla guida dello specchio la mucosa infiltrata , ovvero con coltellini nascosti aprire l'ascesso , prima di esporre il malato ai pericoli della tracheotomia.

Roma, Ottobre 1886.

VALORE DELLA DIAGNOSI CLINICA IN UN CASO DI PARALISI DELL'ADDUTTORE DELLA CORDA VOCALE SINISTRA.

Pel Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI.

Se le affezioni nervose della laringe formano l'argomento più importante delle laringopatie, ciò si deve principalmente alle paralisi delle corde vocali (1). Fra queste occupano il primo posto le paralisi dei muscoli abduttori (crico-aritenoidei postici) e degli adduttori (crico-aritenoidei laterali ed ari-aritenoidei), la cui diagnosi differenziale, a cominciare da quella anatomica, non poche volte è circondata dalle maggiori difficoltà. Varie cagioni si accampano in proposito, ma meritano una speciale considerazione l'azione simultanea di questi muscoli ed i brevi limiti in cui si racchiude il quadro obbiettivo della lesione.

In effetti, l'azione dei muscoli abduttori, altrimenti detti dilatatori della glottide, è controbilanciata da quella degli adduttori, o costrittori della glottide, di guisa che se gli uni si paralizzano per una causa qualsiasi, gli altri, pur possedendo una forza prevalente, non potranno eseguire che movimenti limitatissimi (MANDL). Oltracciò si sa, che la rima glottidea ha dimensioni assai piccole e che un dissesto nei nervi motori può assumere una graduale intensità dalla più completa paralisi alla più leggiera paresi.

Nella paralisi unilaterale degli abduttori, ad esempio, la corda corrispondente, durante l'inspirazione, rimane sulla linea mediana o quasi, e similmente nella paralisi unilaterale degli adduttori la corda corrispondente , durante la fonazione , può quasi avvicinarsi dalla linea mediana. Allora è chiaro, che la diagnosi differenziale delle due paralisi non è apprezzabile o tutto al più poggerà sulla valutazione del millimetro in più o in meno di distanza, alla quale la corda si manterrà dalla linea mediana.

Oggi, soprattutto, queste difficoltà sembrano accresciute per opera di KRAUSE, di ROSENBACH e dei loro seguaci. Finora era accettata comunemente la teoria del SEMON, cioè che nelle lesioni del ricorrente le fibre dei crico-aritenoidei postici hanno uua pro-

---

(1) I più noti laringologi non considerano come nervose le acinesie che accompagnano le laringiti catarrale, sifilitica, tubercolare, ecc., perchè in questi casi la motilità è lesa per la tumefazione ed infiltrazione dei tessuti. Il concetto di paralisi implica assenza di lesioni materiali; epperò la prima forma di laringite può perdere in un secondo tempo le note catarrali e rientrare così nel concetto delle paralisi.

clività ad ammalare maggiore di quella dei crico-aritenoidei laterali; ma ecco viene fuori il KRAUSE con una serie di esperimenti fisiologici e crede di dimostrare che la ordinaria paralisi degli abduttori è niente altro che la contrattura degli adduttori. Perciò il GERHARDT giustamente dice, che gli autori oggi si trovano nel bivio circa la scelta di queste due opinioni, cioè se la persistente adduzione delle corde vocali, in certe lesioni del ricorrente, è prodotta da paralisi degli abduttori o da contrattura degli adduttori.

Fin qui si è fatta allusione alla diagnosi anatomica, ma quella etiologica non è meno scevra di dubbii. Prescindendo dall'ordinaria abitudine degl' infermi di esagerare o artefare la storia anamnestica, deviando così le nostre indagini, è certo che molte lesioni degli organi interni, nel loro primo sviluppo, non sono punto valutabili col più minuto esame fisico; ed ancorchè lo fossero potrebbero essere ritenute, per la loro poca entità, come una fortuita complicanza. Così una incipiente lesione del bulbo nel punto di origine dello spinale e del pneumogastrico, o meglio un aneurisma aortico, che si sviluppi proprio in corrispondenza del ricorrente sinistro non potranno palesarsi con altri segni obbiettivi che con la lesa motilità delle corde. Prima dei disturbi paralitici della lingua, del palato molle, di una metà del corpo, ecc., ovvero prima dei dissesti del cuore e della circolazione si presenterà la raucedine. D'altra parte è comune che un individuo vada incontro a fatti catarrali o reumatici, cagioni queste capaci di produrre secondariamente non solo la paralisi degli adduttori, ma anche quella degli abduttori, come ne fanno fede i molti casi pubblicati nella letteratura (MASSEI, SCHECH, ecc.); e noi, osservando l'infermo quando i sintomi e le note catarrali sono scomparsi, saremo tratti a considerare quella paralisi come prodotta da una origine diversa. La quistione diviene più difficile se la paralisi è stata originata primitivamente dall'azione del freddo, a simiglianza della paralisi facciale (paralisi reumatica diretta del GERHARDT). A tutto questo, poi, si aggiunga la considerazione che una lesione nervosa centrale o una pressione sui ricorrenti possono produrre indistintamente la paralisi del primo gruppo muscolare o quella del secondo (MANDL, MACKENZIE, MASSEI, IEIDEL, ecc.) (1).

Altri errori del genere offre la tisi pulmonare al 2° o 3° grado. In essa si riscontra spesso l'afonia, la quale può essere ligata sia

(1) La compressione di un sol ricorrente può indurre paralisi sia bilaterale, sia dei muscoli del lato opposto. Il primo caso si spiegherebbe ammettendo con JOHNSON e BAEUMLER che le fibre afferenti dei nervi trasmettono lo stimolo fino al ganglio dell'accessorio; il secondo si spiegherebbe per il notevole incrociamento dei nuclei dell'accessorio, segnalato da LOCKHART CLARK.

alla paralisi delle corde, specialmente per pressione sul ricorrente di destra indotta da infiltrazione dell'apice pulmonare corrispondente, sia ad un disturbo funzionale per l'affievolita espirarazione; anzi vi sono autori che dividono quasi esclusivamente la idea della prima origine, come il Mandl, ed altri che dividono la seconda, come il Mackenzie. Quest'ultima circostanza accresce maggiormente il dubbio circa la natura dell'afonia nei tisici e nei casi concreti non sapremmo a qual partito appigliarci (1).

Ciò premesso, apparisce chiaro che la diagnosi, la quale in simili circostanze ci conduce direttamente allo scopo ultimo, cioè alla prognosi ed alla cura, è quella essenzialmente clinica; e per ottenerla non si deve far altro che valutare da una parte i dati del reperto anatomico, dall'altra i dati etiologici e metterli in armonia con i risultati forniti dalla pratica.

È risaputo, in fatti, che nella paralisi dei crico-aritenoidei postici i disturbi della respirazione (dispnea, respirazione stridula) sono, se non esclusivi, maggiori certamente di quelli della fonazione, e che viceversa accade nella paralisi dei crico-aritenoidei laterali, in cui prevale la disfonia e la perdita della voce. Si sa pure, che la paralisi dei primi muscoli è causata principalmente da lesioni nei centri nervosi, come rammollamenti, tumori all'origine del pneumogastrico e dello spinale ecc. (2), o da quelle dei ricorrenti lungo il loro tragitto, come le compressioni per aneurisma dei grossi vasi del collo, per depositi scrofolosi o tubercolosi nelle glandole linfatiche bronchiali, mediastiniche, tracheali e giugulari, per infiltrazione tubercolare nell'apice del pulmone destro, per pleurite e per pericardite essudativa, per tumori maligni del mediastino o dell'esofago, per ipertrofia della glandola tiroide, per cicatrici profonde del collo, ecc. (3); mentre la paralisi dei secondi è prodotta a preferenza da cause locali, miopatiche, come l'azione del freddo, del reuma, degli sforzi vocali, ecc., o da cause generali, per cui sembra che la forza nervea sia debolmente sviluppata o che non sia diretta per la via ordinaria, come isteria, emozioni morali, difteria, infezione palustre, anemia ed in genere debolezza per tisi, per sifilide, per intossicazione cronica da piombo, da arsenico, da belladonna, ecc. (Mackenzie).

Dippiù la paralisi degli abduttori ha un decorso lungo, duraturo e in essa la cura riesce quasi sempre inefficace; invece quella degli adduttori è a decorso più breve e la cura elettrica dà i suoi

(1) S'intende da sè che in questi casi l'afonia non è sostenuta localmente da alcuna lesione materiale di natura infiammatoria o neoplastica.

(2) In questi casi, veramente, la paralisi si estende a tutti i muscoli laringei.

(3) Da qui la dottrina del Semon, cioè che nelle lesioni del ricorrente, almeno in primo tempo, prevale la paralisi dei crico-aritenoidei postici.

benefici effetti. Infine, la paralisi dei primi muscoli, siccome prodotta ordinariamente da lesioni gravi nei nervi ricorrenti o centri nervosi, è quasi sempre imponente, completa, a differenza di quella dei secondi, la quale per lo più non è sostenuta da alcuna lesione organica e si presenta con ogni grado d'intensità.

Questi dati pratici formano altrettanti canoni clinici, che si utilizzano nei casi concreti non solo per affermare una diagnosi di paralisi, le cui cause etiologiche ed il reperto anatomico siano incerti od oscuri, ma anche talvolta per confermare indirettamente la lesione che sostiene la stessa paralisi. Così in un individuo con incipiente aneurisma dell'arco aortico confermiamo questa lesione, se in lui si riscontra la paralisi del crico-aritenoideo di sinistra.

Oggi la nuova teoria di Krause per nulla sposta queste vedute cliniche. Se il tempo gli darà ragione sarà un progresso scientifico, è vero, ma per le esigenze della pratica niente altro che una sostituzione di parole. Allora la paralisi dei crico-aritenoidei postici si chiamerà la contrattura degli adduttori, ma l'importanza clinica della lesione rispetto a prognosi ed a cura rimarrà invariabilmente la stessa.

Le brevi considerazioni sopra esposte, circa il valore della diagnosi clinica in certe paralisi laringee, trovano maggiore determinazione e solenne conferma nel seguente caso osservato all'ambulatorio per le malattie della gola dell'Ospedale Clinico di Napoli. Ne riferirò prima per sommi capi la storia anamnestica, quantunque nel fatto questa abbia seguita, come di solito, all'osservazione obbiettiva.

« Giuseppe Maiano da Cepagatti, studente, di anni 19, celibe.
« è sofferente di raucedine da circa 2 anni. A principio del 1884
« fu colpito da ripetuti e leggieri catarri di gola, di cui in seguito
« guarì. Alla fine dello stesso anno soffrì una recidiva, ma questa
« volta, guarito degli altri sintomi catarrali, gli residuò la rauce-
« dine. L'infermo fa notare in proposito, che per la sua vita di
« collegiale, essendo in quel tempo allievo interno nella R. Scuola
« Normale di Città S. Angelo, era esposto alle cause reumatiz-
« zanti. Di fatti eseguiva gli esercizi di ginnastica senza le dovute
« cautele, faceva lezione in una sala umida, per molte ore del
« giorno era costretto a stare seduto in iscuola ed a parlare spesso
« con voce alta, tanto che alle volte diveniva addirittura afono e gli
« doleva il petto lungo lo sterno e la base dei pulmoni. D'allora
« in poi la raucedine ed una certa dolenzia in corrispondenza del-
« l'angolo del Louis non hanno abbandonato più il nostro infermo.
« Oggi queste sofferenze sono appena migliorate, massime dopo
« l'ultimo Carnevale, epoca in cui si diede a strapazzi corporali.
« Come cura ha preso internamente il ioduro di potassio, il quale

« gli produceva un'intensa stimolazione alla gola, e localmente, « oltre i soliti gargarismi, gli è stata applicata per 5 o 6 volte « una soluzione astringente di nitrato d'argento per mezzo di una « spugnetta, che introdotta nelle fauci veniva spremuta per gli « stessi movimenti riflessi del faringe e del palato molle.

« Del resto è stato sempre bene ed ha menata vita regolare. « Non ha avuto sintomi di malattie cardiache o pulmonari, nè di « sifilide costituzionale ».

Nello stato attuale avea voce rauca, dissonante, con carattere bitonale; non affannava nel parlare, non tossiva, respirava tranquillamente anche dopo di aver eseguito dei movimenti. La sua costituzione organica era apparentemente buona; non presentava segni di paralisi in alcuna parte del corpo, nè disturbi circolatori periferici. Le pareti delle arterie accessibili al tatto ed il polso erano normali.

L'esame più accurato del petto non faceva notare alcun che di patologico nello stato del cuore, dei grossi vasi e dei pulmoni. Soltanto sotto la pressione si risvegliava un leggiero dolore in corrispondenza dell'angolo del Louis, il quale rimaneva alquanto prominente.

Il suo collo era ben conformato; non presentava cicatrici, salvo una piccola e superficiale nella regione sottomascellare: non pulsazioni anormali alle carotidi. Lo stato della cavità boccale e faringea, salvo una leggiera faringite, era normale: non si notava alcun disturbo motorio o sensitivo nella lingua, nel palato molle e nella faringe.

Applicato lo specchietto laringoscopico, la cavità laringea con le regioni aritenoidee si mostrava normale per forma e colorito; ma invitando l'infermo alternativamente all'atto della fonazione ed a quello della inspirazione, si notava un dissesto motorio nelle corde vocali. Durante il primo atto si vedeva che la corda sinistra rimaneva nella posizione di leggiera abduzione, dove era raggiunta dalla corda destra, che arrivava a sorpassare la linea mediana; di più l'aritenoide di destra si accollava indietro alla cartilagine aritenoide di sinistra, rimanendo il Capitulum Santorini sinistro ad un livello superiore dell'altro omonimo. Durante l'atto inspiratorio si vedeva che la corda sinistra continuava a rimanere immobile nella sua posizione e che la destra eseguiva la sua abduzione al di là del limite fisiologico, quasi come per compensare il difetto della corda compagna. Nei due tempi l'aritenoide sinistra pareva scossa da alcuni tentativi di movimenti.

Del resto non si notava alcuna lesione delle parti molli; non cicatrici, che avessero immobilizzato la corda; non vegetazioni della regione meso-aritenoidea, che opponessero un ostacolo ma-

teriale al ravvicinamento della corda; non tumori sottoglottici, che premessero da sotto in sopra la corda sinistra, nè alcun segno di deformazione intorno alla regione aritenoidea sinistra, che facesse pensare ad anchilosi della cartilagine corrispondente. Ne risultava, dunque, una leggiera abduzione con immobilità della corda vocale sinistra senza alcuna lesione organica prossima o remota.

Ora, chi avrebbe avuto l'animo di stabilire una diagnosi dal solo esame obbiettivo della laringe? Quasi sicuramente sarebbe nato il dubbio se trattavasi della paralisi dell'abduttore o dell'adduttore sinistro. L'abduzione della corda paralizzata era così poco apprezzabile, in confronto della sua immobilità, che poteva servire d'argomento per sostenere indifferentemente le due ipotesi. Ed anche cercando aiuto all'etiologia ed all'esame degli altri organi, non si sarebbe potuto, in un modo assoluto, risolvere quel dubbio. È vero, che l'anamnesi parlava di ripetuti catarri e di sforzi vocali, ma basterebbero questi dati per confermare la paralisi di un muscolo più che quella di un altro? È vero pure, che l'esame fisico e funzionale degli altri organi non faceva rilevare alcun che di anormale, ma sarebbe sufficiente un solo esame per allontanare l'idea, per esempio, della compressione del ricorrente per ingorgo delle glandole bronchiali o per una dilatazione aortica di origine non comune? E poi, quella dolenzia in corrispondenza dello sterno poteva bene accrescere questi dubbî.

La sola diagnosi possibile in quel momento era quella clinica, bisognava cioè armonizzare insieme il reperto anatomico con la etiologia secondo i canoni clinici conosciuti.

Seguendo questa via, si tiravano facilmente le seguenti conclusioni: 1°, che la posizione in abduzione della corda sinistra, sebbene leggera, doveva attribuirsi alla paralisi del crico-aritenoideo laterale e non di quello postico, altrimenti sarebbe stata completa e non esente da disturbi respiratori; 2°, che il quadro clinico del reperto laringoscopico avea dei dati, che favorivano questa idea, come i tentativi di movimento dell'aritenoide sinistra e la posizione di livello del Capitulum Santorini corrispondente (Mackenzie); 3°, che detta paralisi doveva considerarsi piuttosto d'origine miopatica che nevropatica, altrimenti si sarebbero avuti gli altri segni che accompagnano le lesioni del ricorrente o dei centri nervosi, cioè dissesti dell'apparato cardio-vascolare e pulmonare, nonchè degli altri tronchi nervosi; 4°, che non poteva ammettersi altra origine, mancandovi le note più comuni, riferibili all'anchilosi dell'articolazione aritenoidea o alla presenza di cicatrici, di vegetazioni, di tumori, ecc.; 5°, che la origine propria di questa pa-

ralisi doveva riferirsi ai pregressi catarri (causa predisponente) ed agli sforzi vocali (causa determinante), tenendo presenti le cattive condizioni igieniche della scuola, in cui viveva il nostro infermo, le quali esagerano i comuni effetti del reuma o del freddo-umido; 6°, che la clinica confermava la possibilità di questa diagnosi, perchè le paralisi unilaterali degli adduttori non sono ligate per lo più a lesioni organiche dei nervi, perchè ànno un decorso ed un esito curativo favorevole (1); 7°, che la paralisi era a sinistra, perchè da questo lato essa avviene frequentemente, giusta l'osservazione quotidiana, della quale non si può dare una soddisfacente spiegazione (Massei, Waldenburg, Burow, Gerhardt, ecc.); 8°, che il risentimento allo sterno era un fatto isolato, causato probabilmente dagli sforzi della respirazione pel continuo parlare, dalla posizione seduta, in cui l'infermo rimaneva per molte ore del giorno, e forse anche dall' azione reumatica.

Dopo di che io stabiliva diagnosi di paralisi dell'adduttore della corda vocale sinistra secondaria a causa reumatica.

La prognosi, come facilmente s'intende, era alquanto riservata non tanto per la natura della lesione, quanto per la lunga durata della malattia. Fortunatamente l'infermo già avea notato un miglioramento spontaneo.

La cura meritava un'attenzione speciale, perchè, per una via indiretta, doveva confermare la diagnosi fatta. Ogni giorno è stata applicata la corrente costante, sola o alternata con la faradica, per mezzo dell'elettrode Mackenzie, ed a capo di pochi giorni si sono ottenuti i primi benefici effetti, essendo migliorata la voce, nonchè il giuoco di abduzione ed adduzione della corda vocale paralizzata.

Ora l'infermo per ragioni di famiglia è rimpatriato, ma quanto prima ritornerà sotto le nostre cure per conseguire la completa guarigione.

Adunque, se è vero che il reperto anatomico basta alcune volte per fare una diagnosi di paralisi e se è vero che il dato etiologico è necessario per stabilire la benignità o gravità di una paralisi, non è men vero che altre volte la sola diagnosi clinica ha un valore incontestabile, come nel caso di cui ho tenuto parola.

Napoli, Settembre 1886.

(1) Il precetto clinico suona così: la paralisi unilaterale è, generalmente, dovuta a lesione locale, ovvero ad offesa del tronco nervoso.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Dott. H. KRAUSE. *Afonia e dispnea laringo-spastica* (1).

Sotto questo titolo, al quale io per ora ho aggiunto la parola « laringo », soltanto per indicare con più precisione la sede di origine della dispnea, il Dott. J. MICHAEL (in Hamburg) ha riferito un caso rarissimo, che, prima di lui, non era stato ancora osservato (2). Si trattava di una donna a 32 anni, la quale il 6 giugno del 1882 si presentò al D.r MICHAEL, offrendo la seguente sindrome fenomenica: dispnea inspiratoria, disturbi della voce, globo isterico, salivazione, contrazioni spastiche di tutto il corpo, nevralgia intercostale ed accessi istero-epilettici intercorrenti. La faccia era cianotica, la voce in suono di falsetto e molto sforzata; anzi, nel parlare, la dispnea aumentava. Le contrazioni muscolari della faccia e delle estremità aumentavano mentre essa parlava. Nei tentativi di fonazione, le corde vocali si adducevano fortemente nei loro due terzi anteriori; più indietro si notava una sottile fenditura ad angolo acuto. Le corde vocali davano l'impressione come se fossero fortemente tese. Dopo la fonazione esse si abducevano alquanto repentinamente, per poi, durante il riposo, restare alquanto in dentro della posizione cadaverica, mentre nella inspirazione si avvicinavano sempre più fra di loro, e, nella inspirazione profonda, si toccavano completamente, fino al punto da interrompere repentinamente la respirazione. Dietro un trattamento di molte settimane, che restò inefficace, il Dott. MICHAEL, al 2 luglio, si decise di eseguire la tracheotomia. Dopo alcune inalazioni di cloroformio, lo stridore cessò completamente e la respirazione divenne tranquilla. La cianosi della faccia fu sostituita da un rossore normale. Nel periodo di eccitazione, la voce divenne chiara e dolce; l'inferma profferiva lunghi periodi fantastici. La narcosi fu interrotta. Tuttavia, prima che l'inferma avesse riacquistata completa coscienza, ricomparvero tutti i sintomi patologici (stridore e disturbo fonatorio) e allora fu eseguita l'operazione, dopo la quale i disturbi funzionali delle corde vocali restarono al pari di prima, ed anche

(1) L'importanza del lavoro, mi ha deciso ad una traduzione letterale.
V. MEYER.

(2) Wiener medicinische Presse, 1883, No 11 e 12.

all'epoca in cui il Dott. MICHAEL ha riferito il caso, cioè tre anni dopo l'operazione, non si è potuto togliere la cannula.

Il Dott. MICHAEL fece diagnosi di grave isteria, che è la causa fondamentale frequente di nevrosi laringee. Il disturbo fonatorio fu interpretato come afonia spastica, la cui sindrome fenomenica durante la narcosi cloroformica scomparve mediante soppressione dello spasmo. Relativamente ai disturbi respiratorii, MICHAEL credette in sulle prime che si trattasse di una paralisi dei muscoli crico-aritenoidei postici, ma poscia, tenendo presenti i fatti accaduti durante la narcosi cloroformica , come pure le mie ricerche clinico-sperimentali , si convinse che non si trattava di una paralisi dei dilatatori, ma di uno spasmo dei costrittori. Egli crede che, allorchè questo fu allontanato col cloroformio, i postici, che non erano ancora affetti da alterazione organica , ripresero la loro attività funzionale. MICHAEL attende dal tempo la risposta alla quistione se, la malattia durandó ancora più a lungo, i postici possano subire la degenerazione, e, in sì fatto modo, verificarsi una paralisi che si associa alla contrattura.

È questo il caso di MICHAEL, che abbiamo riferito brevemente. La intermittente sopressione dei disturbi respiratorii narrati, ha una certa analogia con il caso di grave isteria insieme alla cosiddetta « paralisi del postico » , descritto da PENZOLDT (1). L'influenza che nel caso di MICHAEL ebbe il cloroformio, nel caso di PENZOLDT l'ebbero le convulsioni generali, durante le quali la coscienza era in parte abolita. Infatti, nel caso di PENZOLDT tutte le volte che apparivano le convulsioni (e con esse una soppressione parziale della coscienza) si verificava una diminuzione rilevante dei disturbi respiratorii, i quali aumentavano d'intensità non appena le convulsioni si dileguavano.

Ma ciò che dà una impronta speciale al caso osservato da MICHAEL, è la coesistenza di disturbi funzionali fonici e respiratorii. Chiunque ha determinato sperimentalmente, oppure ha osservato la contemporanea stimolazione bilaterale del laringeo inferiore o quella unilaterale del laringeo superiore, sarà certamente rimasto sorpreso della notevole analogia che la glottide fortemente chiusa o persino l'accavallarsi delle corde vocali l' una sull'altra, presenta in questo esperimento con il reperto laringoscopico descritto da MICHAEL. Voler dare a questo reperto una interpretazione diversa da quella dello spasmo, significherebbe stiracchiare tutti quei concetti scolastici che abbiamo imparati alla scuola sulla natura di questi processi nervosi.

A questo importante caso di MICHAEL, posso ora aggiungere

(1) Deutsches Archiv für klinische Medicin. Band 13.

un altro analogo, nel quale probabilissimamente la causa della malattia doveva essere ricercata parimenti in un'affezione del sistema nervoso centrale. Ciò che distingue il mio caso, è che in esso fortunatamente si potette ottenere la guarigione.

L'infermo, a nome W. M.... di Fredersdorf, di anni 28, contadino, mi fu inviato il 10 giugno di quest'anno dal suo medico, il D.r HEYMANN in Alt-Landsberg. Il paziente fin dalla infanzia soffre di balbuzie, che a grado a grado si è migliorata. Tre anni or sono ammalò la prima volta, quando dopo la mietitura della segala, si riposò, a corpo estuante, per mezz'ora sopra un suolo umido, sul limitare di una tomba. Quando volle rialzarsi, avvertì bentosto dolori al sacro, e quindi non potette nè raddrizzarsi, nè camminare bene. Alla stessa sera sentì intensi dolori nella due gambe e nelle braccia (in queste ultime alquanto meno) e punture nel lato sinistro dell'addome, che si irraggiavano verso la vescica; malgrado gl'intensi sforzi, potette emettere soltanto poche gocce di urina e con forte bruciore nell' uretra. Indi si verificò una completa immobilità delle gambe , che durò due settimane , mentre nelle braccia, durante la stessa epoca , provava forti sensazioni dolorose. Nel tempo stesso avvertiva una sensazione di formicolìo alle gambe. Dopo otto settimane l'infermo potette riprendere il lavoro, ma restò un certo indebolimento della gamba destra , e durante il corso dell' anno ricomparvero spesso i dolori al sacro. Due anni or sono , si verificarono sensazione di vertigine, che ricompariva spesso, soprattutto durante l'està (di guisa che l'infermo si doveva bentosto adagiare sul suolo), indebolimento della memoria e grande ottundimento intellettuale che durò otto giorni. Nella gamba destra restò un tremore, che si manifestava accessionalmente , e rendeva difficile all'infermo tenersi ritto. Parimenti verso la stessa epoca (cioè circa due anni or sono) l'infermo fu affetto per la prima volta da raucedine, che durò circa 8 giorni, ed a partire da quell'epoca finora, si è ripetuta un sette od otto volte. Tuttavia la raucedine non si accompagnava a dolori o sintomi flogistici nella gola. Tre mesi or sono ebbe un altro attacco di raucedine, che questa volta si associò a dispnea non molto intensa, la quale persistette due giorni. In questi ultimi tempi (e proprio dall'autunno del 1885), il paziente si lamentò spesso di una sensazione di costrizione all'epigastrio, e più tardi al petto. Egli non consultò nessun medico per questo disturbo. Ma al principio del mese di maggio di quest'anno, fu colpito di nuovo da raucedine, la quale dopo aver durato circa tre settimane, pervenne al grado di afonia totale, ed otto giorni dopo (7 giugno) sopravvenne di botto , nelle ore antimeridiane , una dispnea, che raggiunse un grado spaventevole. E ciò appunto indusse il suo medico curante ad inviarmelo.

All'esame che intrapresi, notai che il paziente camminava un po' curvo, aveva un pannicolo adiposo discretamente sviluppato, la muscolatura robusta, mucose accessibili un poco pallide. Ciò che anzitutto sorprende all'esame, è la inspirazione *stenotica*; la espirazione è alquanto più facile. La laringe esegue forti escursioni ascendenti e discendenti. Ci ha una leggiera cianosi della faccia, la quale raggiunge il massimo grado alla punta del naso. La voce è quasi inintelligibile, straordinariamente stentata, ed è costituita esclusivamente da alcuni rumori che vengono fuori a sbalzi e spizzico e col massimo sforzo possibile. L'infermo accusa forte sensazione dolorosa *costrittiva* nella regione gastrica e sul petto, che si manifesta di tratto in tratto, ma si accentua soprattutto durante i tentativi di parlare. L'esame laringoscopico diede il seguente reperto: mucosa dell' *adito laringeo* e delle corde vocali mediocremente arrossita. Le corde vocali stanno persistentemente nella posizione mediana, e proprio in modo che nei tentativi di fonazione esse si accavallano fortemente, e soltanto qualche volta lasciano fra di loro, in avanti, una piccola fenditura lineare. La glottide cartilaginea è ben poco beante. Dopo la fonazione le corde vocali si abducono un poco, per poi nella inspirazione addursi di nuovo, restando soltanto una piccola fenditura vicino all'angolo anteriore. Durante l'esame della gola, la dispnea diviene più intensa. L'esame dell'occhio da me fatto — e gentilmente controllato dal dottore Oppenheim, assistente della Clinica neuropatica della *Charitè-Krankenhaus* — fece rilevare che le pupille reagivano bene. Non ci era nè nistagmo, nè diminuzione nella mobilità dei bulbi oculari. La lingua viene mossa bene. Nessun disturbo nel territorio del facciale. L'occhio viene chiuso rapidamente. Leggiera debolezza della gamba destra e del braccio destro. I riflessi tendinei sono esagerati. Sulla regione anteriore del torace, dalla terza alla sesta costola, ci ha una zona fortemente iperestesica, che è circoscritta esattamente in sopra ed in giù. Per tutt'altro la sensibilità è normale. In base all'anamnesi ed allo *status praesens*, si può ritenere come probabile, che in questo caso si tratta di una sclerosi multipla in via di sviluppo, nell'inizio della quale non di rado si hanno sintomi eguali a quelli ora descritti.

Tenendo presente tutto ciò che finora è risaputo su quest'affezione, a me la prognosi parve grave, e dichiarai all'infermo che probabilmente si sarebbe dovuto ricorrere alla tracheotomia. Allorchè egli udì ciò, mi pregò perchè gli accordassi di ritornare prima nella sua famiglia, della qual cosa io cercai dissuaderlo, giacchè avrebbe dovuto percorrere un lungo tratto di via, a piedi. Ma tutte le mie esortazioni non approdarono a nulla;

egli era irremovibilmente deciso di ritornare a casa. Quand'ecco, che nel dì seguente, mentre io lo credeva già lontano, si ripresenta a me, accusando una grave esacerbazione di tutti i sintomi, per cui ritenni che la tracheotomia fosse indicata di urgenza. Prima di ricorrere al bisturi, io, incoraggiato da alcuni favorevoli successi ottenuti nelle crisi laringee (*accessi laringospastici dei tabetici*), volli fare prima un altro tentativo. Ad istigazione del professore Gerhardt, io contro questi accessi in un tabico esistente nella sua clinica, e che al 10 aprile di quest'anno fu presentato dal dottor Landgraf alla società medica della *Charité-Krankenhaus*, adoperai con favorevolissimo risultato, in riguardo a numero ed intensità di questi accessi, una soluzione di cocaina al 10 %. Indi proseguii, con più favorevole risultato, questi esperimenti sopra parecchi tabici che stanno sotto la mia osservazione e che vanno incontro a questi accessi gravissimi di dispnea laringea (1). Quest' azione della cocaina, constatata molte volte ed in modo sicuro, su tali forme di spasmo laringeo, dipendenti da affezioni del sistema nervoso centrale, mi indusse ad adoperarla anche nel presente caso. L' effetto immediato se non fu sorprendente, fu certamente rilevante. Sin da alcuni minuti dopo la pennellazione si potette notare una glottide beante (fino a 2 mmt.) durante la inspirazione; lo stesso infermo dichiarò che la respirazione era alquanto più facile. Questo alleviamento sarebbe durato circa 6 ore. Di notte, e soprattutto verso il mattino, ricomparvero la dispnea e la sensazione dolorosa sul petto. Le pennellazioni di cocaina furono allora proseguite con effetto che diveniva ogni giorno più spiccato, e quindi rinunziai a praticare la tracheotomia. Al 18 giugno, come tengo indicato nel mio notiziario, le corde vocali nella inspirazione si abducevano fino alla posizione cadaverica; ma l'afonia persisteva immutata, perchè il forte accavallarsi delle corde vocali perdurava ancora, su per giù, nel grado di prima. Al 19 giugno le corde vocali nella inspirazione si muovevano al di là della posizione cadaverica, ed al 21 la loro mobilità era completamente normale; in questo stesso giorno la voce ricomparve, tuttochè nella fonazione si notasse, da ambo i lati, un'escavazione dei margini ed un accentuato afflosciamento delle corde vocali, che persistette ancora 4 settimane dopo avvenuta la guarigione. Ma, nel sito della sopra cennata zona iperestesica, persisteva la sensazione di costri-

(1) In tutti i casi da me annoverati in questa categoria (crisi laringee) il reperto laringoscopico fu la persistente posizione mediana delle due corde vocali, come ho già riferito nella seduta di novembre dell'anno scorso alla società psichiatrica di Berlino, e più tardi alla società medica dell'Ospedale della Charité.

zione dolorosa del petto, e quest'ultima scomparve soltanto dopo avere adoperato per 14 giorni la corrente costante.

Questo caso mi sembra molto importante, tanto sotto il punto di vista patogenetico, quanto sotto quello terapeutico. A giudicare dai sintomi descritti, non si potrebbe porre in dubbio la diagnosi di un *tetano di tutta la musculatura laringea, che durò 14 giorni, e determinò il massimo grado di restringimento della glottide, disturbi della fonazione e della respirazione.*

Come è noto, la musculatura laringea non di rado ammala nello stadio iniziale della sclerosi multipla, o nel corso della medesima. In uno di questi casi, nel quale vi era una voce monotona, debole, leggera, spesso quasi susurrante, LEUBE (1) all'esame laringoscopico, trovò che le corde vocali si potevano ancora addurre, ma la loro tensione scompariva ben presto e spesso era variabile. Egli crede che questo speciale disturbo della voce dipenda da diminuita innervazione e funzionalità delle corde vocali. ERB (2) menziona un caso, nel quale, a determinati intervalli musicali, la voce ora era monotona, ed ora invece mostrava un ritmo molto regolare. Oltre a ciò, egli riferisce di avere osservato qualche volta *disturbi respiratorii* che si manifestano in forma di *inspirazioni rumorose* (che spesso si possono constatare nel ridere, nel piangere e simili). Egli suppone che la genesi di queste ultime possa essere spiegata con una paresi dei dilatatori della glottide. Io stesso, in una conferenza dal titolo « *Ueber die Functionsstörungen des Kehlkopfes bei Erkrankungen des Centralnervensystems* » tenuta davanti alla Società psichiatrica di Berlino, nel novembre del 1885 (3), esponendo il risultato delle ricerche fatte da me e da altri relativamente alla sclerosi multipla, sopra alcuni casi della clinica di Westphal, affermai che, in questa malattia, le paralisi totali delle corde vocali sembrano essere rare. La debolezza, l'asprezza, la profondità della voce, il frequente mutar di tono, che spesso si osservano in questa malattia, sono piuttosto determinati dall'afflosciamento delle corde vocali, che, in alcuni casi raggiunge un grado altissimo, e dev' essere attribuito alla paresi dei muscoli tiro-aritenoidei, benchè anche gli altri adduttori funzionino debolmente. Sin d' allora io riferii la storia di un infermo, che sta ancora nella clinica di Westphal, e nel quale spessissimo, durante il giorno, si producono ac-

(1) Deutsches Archiv für klinische Medicin. Band VIII, 1870, und klinischer Bericht aus dem Krankenhause zu Jena, 1875.

(2) Krankheiten des Rückenmarks, Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Terapie. Bd. 11, S. 2 p. 510 e seg.

(3) Un breve riassunto di questa conferenza sta nell'Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 17. p. 288. 1886.

cessi di riso involontario, probabilmente di origine bulbare, interrotti da inspirazioni rumorose che si odono a grande distanza e spaventano gli altri infermi. In questo caso, il reperto laringoscopico presentava una escavazione pronunziatissima dei margini ed afflosciamento delle due corde vocali, i cui movimenti *in toto* erano forse alquanto torpidi, ma non impediti in alcun senso.

Queste inspirazioni rumorose, al pari del ridere o del piangere rumoroso, io le annoverai fra i transitorii sintomi di stimolazione, in parte bulbari (che si presentano in questo processo patologico, dipendenti principalmente dalla stimolazione del vago; e, su tale riguardo, mi fondo su ciò che afferma Erb, il quale, dopo aver menzionato un caso di transitoria rigidità catalettica o tetanica dei muscoli delle estremità superiori, descritto da Schüle, aggiunge quanto segue: « La spiegazione di questi sintomi non si allontana da quelli che si hanno nella mielite cronica semplice: da una parte interruzione delle vie inibitrici riflesse ed aumento della eccitabilità riflessa, e dall' altra, stimolazione diretta delle vie motrici; come base anatomica di tali disturbi, non possiamo oggi, nello stato presente delle nostre conoscenze, ammettere altro se non la esistenza di focolai sclerotici nei cordoni laterali, e in seguito a ciò, la degenerazione secondaria discendente degli stessi cordoni ».

Supponendo che nel caso da me descritto, ci fosse un focolaio sclerotico nel midollo allungato, allora questa spiegazione di Erb rappresenta l' alterazione che io ho invocata per interpretare la contrattura degli adduttori (cosiddetta paralisi del postico) delle corde vocali (1). In questo senso, tanto il caso di Michael, quanto il mio, aumentano d'importanza, perchè sono atti a fornire la pruova indiscutibile che non è la paralisi dei dilatatori della glottide, ma la contrazione tonica, e più tardi la contrattura persistente di tutti i muscoli laringei, nella quale la funzione del robusto gruppo degli adduttori dà l'impulso potente per la posizione delle corde vocali, e costituisce il fatto primario e spesso permanente. Quelli che propugnano una opinione opposta debbono, per essere consoni alla loro teoria, scalzare quest'ultimo fatto e dichiarare che anche nei due casi in parola si tratta di paralisi dei muscoli postici. E non mi si obbietti affatto che il carattere spastico di questi casi è troppo evidente per poter essere scambiato. Alcuni autori, come Gerhardt, Solis-Cohen, Michael, Moeser ed altri, hanno accettata la mia

---

(1) Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln. Virchow's Archiv. Bd. 98, 1884.

interpretazione di questi casi, cioè hanno anche essi ammesso che si trattava di una contrazione tonica degli adduttori. Intanto, sono stati descritti per lo passato, e si descrivono tuttora come « paralisi dei postici » casi con carattere squisitamente spastico. Fa d'uopo soltanto ricordare quelli di BIERMER (1), di PENZOLDT (2) e molti altri, i quali malgrado evidenti fenomeni spasmodici, rilevati in modo speciale dagli autori, furono, in mancanza di un'altra interpretazione, descritti come paralisi del postico, e proprio dai primi fu ammessa un'analogia coi sintomi dello spasmo della glottide. Intanto, PENZOLDT crede che, contro quest'ultima interpretazione, deponga la persistenza della dispnea per *giorni interi* (la quale soltanto in alcuni momenti subiva esacerbazioni parosistiche), la mancanza di intervalli completamente liberi, come si ha nello spasmo della glottide, ecc. Il concetto patologico che oggi si ha dello spasmo della glottide nei bambini, uno dei sintomi più rilevanti del quale è costituito dagli intervalli liberi, non ha alcuna identità colla persistenza ininterrotta dei sintomi spastici dei nostri casi; in questi ultimi si può soltanto tener parola di una contrazione tonica o tetanica della musculatura laringea.

I casi, come quelli qui descritti e menzionati, si prestano ottimamente a confermare la teoria da me stabilita sopra il modo col quale si produce la persistente posizione mediana delle corde vocali. Ammesso lo spasmo, non riesce affatto difficile attribuire la genesi di codeste posizioni patologiche delle corde vocali a stimoli periferici o centrali, che colpiscono i relativi organi nervosi, come ho già parecchie volte esposto. Invero MICHAEL, nelle considerazioni che fa seguire alla relazione del suo caso, afferma che, pur ammettendo la mia interpretazione, cioè che si tratti di una contrattura spastica degli adduttori, nonpertanto, nella maggior parte dei casi di questa dispnea, prodotta da restringimento nervoso della glottide, è esatta l'antica interpretazione, nel senso che, in nessuno di quei casi che avevano spinto ad eseguire la tracheotomia colla narcosi, fu tenuto parola di una notevolissima cessazione spontanea dello stridore e della dispnea; — ma in ciò MICHAEL non tiene conto che egli stesso ha già trovato e dato la esatta spiegazione di questa eventualità nella sua monografia. Infatti, a pag. 5, egli dice: « Non appena, mediante la proprietà antispasmodica del cloroformio, fu soppressa l'abnorme attività dei costrittori, i postici, che allora non ancora avevano subito un'alterazione organica, rimasero in attività funzionale ».

(1) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, No. 12, pag. 13.
(2) Loc. cit.

L'avvenire insegnerà se perdurando ancora molti anni questo stato patologico, i *muscoli* in ultimo *degenerano, e se alla contrattura si associa la paralisi*. Ma appunto su di ciò io ho richiamato l'attenzione. La paralisi dei muscoli postici non è il fatto primario, nè la contrattura degli adduttori è quello secondario; viceversa la contrattura è il fatto primario, e l'atrofia da inattività (paralisi) dei dilatatori della glottide, è quello secondario. Bisogna soltanto tener presente che, all'epoca in cui la narcosi non determinava più alcuna diminuzione della dispnea (abduzione delle corde vocali), l'atrofia dei postici era completa.

FRAENKEL, in una esposizione critica del mio lavoro (1) afferma che la « contrattura neuropatica » da me prodotta sperimentalmente, e che si sviluppa in 24 ore, è un fatto completamente nuovo rispetto alla contrattura che, per solito, si sviluppa lentamente. Ma su tale riguardo io gli fo rilevare anzitutto, che naturalmente i processi, i quali si sviluppano sperimentalmente, hanno un certo che di grossolano, rispetto al processo naturale. In secondo luogo, gli fo considerare che, nelle mie ulteriori pubblicazioni, io già dissi come dopo avere allontanato lo stimolo, si ha un ritorno allo stato normale, per cui lo stato provocato da una persistente stimolazione (compressione) può essere riguardato come un disturbo flogistico transitorio, non ancora persistente, e, quindi, esso non è, nè più, nè meno che uno stato di contrazione tonica, il quale può passare in contrattura, nel caso la stimolazione persista. Oltre a ciò, contro la obbiezione di FRAENKEL potrei anche addurre che, nelle lesioni periferiche dei tronchi nervosi ed in quelli di natura centrale (come, p. es., compressione del midollo spinale, sclerosi multipla, ecc.), non sono affatto rare contratture le quali si sviluppano più o meno rapidamente.

Delle altre obbiezioni rivoltemi da FRAENKEL alcune ho già ribattute nelle mie risposte a ROSENBACH e a MOESER. Delle altre menzionerò quì soltanto due. Come una pretesa prova evidente contro la contrattura, viene addotto il fatto, che le corde vocali si presentano afflosciate e non sono punto tese; ma, secondo le mie osservazioni, ciò si osserva soltanto nei casi inveterati o in quelli determinati da lesioni dirette dei muscoli postici o dei rametti nervosi che vanno ad essi, come, per es., nei carcinomi dell'esofago. La maggior parte dei casi appartenenti a questa categoria presentano spessissimo una forte tensione delle corde vocali. Ora, per decidere tali quistioni, non

(1) Internationales Centralblatt für Laryngologie etc.. Ottobre 1885.

basta avere osservato un solo caso, e ciò soprattutto perchè non è nella clinica laringoscopica che s'incontrano sovente tali infermi, ma in quella neuropatica, dove relativamente spesso accade di osservare di quelli nei quali le lesioni in parola vengono qualificate come accidentali, e proprio come sintomi accessorii di gravi lesioni centrali. (Mi propongo di trattare ampiamente e fra non guari, in un lavoro che darò a luce su questo argomento, i reperti da me accertati nelle affezioni del sistema nervoso centrale).

L' altra obbiezione rivolta contro le mie conclusioni, degna di essere quì menzionata, si fonda sopra una teoria, stabilita da me nello stesso lavoro, i cui risultati vengono combattuti; si fonda, cioè, sulla teoria del tono riflesso dei muscoli postici, prodotto dal persistente eccitamento dei vaghi (ROSENTHAL) e che determina e mantiene persistentemente la posizione respiratoria calma delle corde vocali. Su tale fatto, FRAENKEL fa le seguenti considerazioni: « Dalle ricerche che ZEDERBAUM (Arch. f. Phys., 1883) ha fatto sul nervo sciatico per studiare la pressione nervosa, risulta la scomparsa della eccitabilità riflessa durante l'applicazione della pinzetta sul nervo, con conservazione della eccitabilità motrice; dopo avere allontanato la pinzetta, la eccitabilità riflessa ritornava allo stato normale. Ammettendo ora che lo speciale eccitamento, che determina il tono dei postici, abbia un valore identico alla eccitabilità riflessa, gli esperimenti di ZEDERBAUM ci danno la chiave per far comprendere che, nel caso di pressione sul ricorrente e sul vago, resta conservata la eccitabilità motrice delle corde vocali, mentre la eccitabilità dei postici, che ha luogo per via riflessa, è abolita ». Questo ragionamento, in sè stesso abile ed a prima vista certamente molto seducente, non è però applicabile alle condizioni in parola.

Anzitutto, osservo che ZEDERBAUM fece le sue osservazioni sul nervo fresco, il quale presentò una soppressione della eccitabilità riflessa soltanto quando veniva sovraccaricato fortemente di pesi (al di là di 400 grammi nella rana e di 300 nel coniglio); ma, insieme a ciò, fè rilevare eziandio un aumento della eccitabilità motrice. Gli animali, sopra i quali io sperimentai ricorrendo alla leggerissima pressione di un sughero (del peso di 1 grammo), inclusa la pressione dei tessuti circostanti e quella di una minugia che formava un'ansa molto lasca, durante le prime ore dopo l'operazione non presentarono alcun impedimento del movimento delle corde vocali all'interno o all'esterno; soltanto di tratto in tratto si notava movimenti vibratorii di queste ultime, ovvero un'accresciuta energia di adduzione, e quindi fenomeni di stimolazione motrice. Le corde vocali si fissavano nella posizione

mediana o quasi, solo quando il nervo era stato affetto da una forte flogosi. Ora, mi si potrebbe obbiettare, che in un tal caso, era questo appunto il momento in cui la pressione aveva raggiunto l'altezza necessaria, a causa della imbibizione dei tessuti circostanti, del rigonfiamento del sughero e della minugia. Ma a questa obbiezione io posso dare una risposta molto calzante, desunta dalle ricerche che feci innanzi che mi fosse stato fatto qualche appunto. Nella seconda serie di ricerche (pag. 11 della mia relazione) ho riferito 11 esperimenti praticati adoperando una compressione gradatamente crescente e valutabile sul nervo fresco. Dopo aver detto che i miei esperimenti non riuscirono, io ho aggiunto quanto segue: « Ma ciò che questi esperimenti non riusciti mi hanno insegnato già fin da ora, è quanto segue: allorchè il nervo, in qualche punto del suo tragitto, dove esso contiene ancora tutte le sue fibre, viene colpito da una pressione, sono soltanto le fibre dilatatrici quelle che possono essere paralizzate prima o in grado maggiore delle costrittrici. Infatti, in tutti i casi, che non presentarono un persistente raccorciamento degli adduttori (9 animali sopra 11) io potetti osservare che, adoperando una pressione gradatamente crescente, la corda vocale, *fino al momento in cui si verificava la paralisi completa*, eseguiva uniformemente adduzione ed abduzione, e quest' ultima, per solito, più energicamente della prima ». Anche adoperando la massima pressione possibile—fino a soppressione completa della trasmissibilità del nervo—si notava che restava conservata la funzionalità dei postici.

Non ci vogliono quindi molte ragioni per scalzare possibilmente a priori la sopraccennata obbiezione, che a parecchi può certamente sembrare seducente. Infatti, tuttochè il tono riflesso possa sembrare necessario per escludere qualsiasi impedimento alla respirazione, ciò nonpertanto è evidente che i dilatatori della glottide possono essere eccitati direttamente e volontariamente, tanto dal midollo allungato, quanto dal cervello, e quindi non ponno essere annoverati nella categoria dei muscoli eccitabili soltanto per via riflessa.

Ora due parole sulla terapia, e conchiudo.

Fra i tanti effetti benefici della cocaina, quello eccellentissimo esercitato nel caso da me descritto, non deve essere annoverato certamente fra gli ultimi. Con essa si riuscì ad evitare la tracheotomia e liberare l'infermo da una grave affezione, che, forse, senza la cocaina, sarebbe rimasta persistente. E qui dobbiamo assolutamente far notare che se potemmo scegliere esattamente il rimedio terapeutico, ciò fu possibile soltanto in base alla esatta interpretazione del processo, cioè ritenendo che esso fosse *uno stato*

di stimolazione o stato spastico ; la diagnosi della paralisi del postico ci avrebbe forse indotti a ricorrere soltanto alla elettricità, che qui è un mezzo molto dubbio. Questa azione della cocaina ci fa comprendere chiaramente la natura spastica della malattia; essa costituisce un criterio pregevole per farci interpretare le « crisi laringee » dei tabici come processi spastici o di stimolazione, e può essere ottimamente paragonata all'azione del cloroformio nel caso di MICHAEL. Ma mentre l'azione del cloroformio riesce facilmente intelligibile, quella della cocaina può presentare qualche difficoltà. Il cloroformio ha un'azione centrale e sopprime completamente lo spasmo, epperò il suo effetto scompare quando la narcosi si è dileguata. La cocaina ha un'azione periferica, ma incompletamente antispastica; per contro, il suo effetto persiste e si accumula fino a completa rimozione della contrazione muscolare tetanica, che, probabilmente, ha avuto punto di partenza dal midollo allungato. A me sembra che questo effetto sia intelligibile solo quando si ammette che le terminazioni nervose sensitive periferiche del laringeo superiore furono colpite transitoriamente, e che l'azione della cocaina (la quale lenisce o sopprime lo stimolo), propagata in direzione centripeta, abbia diminuita progressivamente la posizione spastica (provocata per via riflessa mediante stimolazione del laringeo superiore) e che in seguito del suo effetto cumulativo, in ultimo l'abbia completamente eliminata.

V. MEYER

59.° CONGRESSO DEI NATURALISTI E MEDICI, IN BERLINO.

SEZIONE DI LARINGOLOGIA

Grazie all'operosità del nostro egregio Collaboratore, il Dott. A. KRAKAUER di Berlino, siamo in grado di offrire ai nostri lettori un breve, ma interessante resoconto della sezione.

Ricerche sopra i nervi laringei

EXNER (Vienna). Dimostra anatomicamente e fisiologicamente il nervo laringeo mediano sul coniglio. Questo nervo promana dal laringeo del vago, e la sua stimolazione determina una contrazione del crico-tiroideo. Oltre a ciò presenta preparati relativi al corso del laringeo superiore e di quello inferiore.

Fa notare che i conigli ai quali furono recisi i due laringei superiori ed inferiori, vissero ancora per alcuni giorni, mentre dopo la recisione dei due laringei mediani, la morte al più tardi avveniva dopo tre ore.

GERHARDT (Berlino). Domanda con quali sintomi morirono gli animali.

EXNER risponde: gli animali non mangiano e non bevono affatto, senza del resto presentare mai accessi di soffocazione quando tentano di prendere qualche alimento. Sono vispi e muojono senza presentare altri sintomi. L'autopsia non fa rilevare la causa della morte.

KRAUSE (Berlino). Desidera conoscere se, ed in qual modo i nervi laringei mediani partecipavano alla deglutizione ed alla fonazione.

EXNER. Non può dire nulla su tale riguardo.

Paralisi degli abduttori e non già contrattura degli adduttori.

SEMON (Londra). Menziona i suoi primi lavori sopra quest'argomento, e fa rilevare espressamente che egli ha tenuto sempre parola di paralisi organiche, non già di paralisi funzionali. A sostegno della sua opinione — cioè che nella sindrome fenomenica tante volte descritta si tratta di una paralisi del crico-aritenoideo postico e non già (come afferma KRAUSE) di uno stato di stimolazione degli adduttori con consecutiva contrattura — egli ha eseguito insieme al Prof. HORSELEY uua serie di ricerche, e fa rilevare la difficoltà di eliminare le sorgenti di errore negli esperimenti sugli animali. La sintesi della vasta serie di ricerche cliniche, sperimentali, ed anatomo-patologiche fatte su tale riguardo, viene compendiata da SEMON nella seguente frase: nella maggior parte dei casi si tratta di una paralisi del muscolo postico con contrattura secondaria degli antagonisti; soltanto in casi eccezionali si tratta di una stimolazione primaria degli adduttori.

KRAUSE. Critica ad una ad una le ragioni addotte da SEMON, e fa notare la impossibilità di passare un filo attraverso il ricorrente. Per tutt'altro, concede che possano presentarsi anche paralisi del postico. Tuttavia, per lo più si tratta di una eccitazione degli adduttori.

MESCHEDE (Königsberg). Ha veduto insieme a BUROW un caso, nel quale la guarigione si ottenne con injezioni di stricnina. Ciò deporrebbe contro la teoria di KRAUSE.

REMAK (Berlino). Per via di deduzioni giunge al risultato che la opinione di SEMON è esatta. Le contratture toniche di lunga durata sarebbero antagonistiche (ma per ciò si richiederebbe sempre una paralisi dell'altro gruppo muscolare) o di natura riflessa. Stimolando i nervi motori si manifestano soltanto spasmi clonici.

B. FRAENKEL. Crede che dal grado di tensione delle corde vocali si possa facilmente distinguere la paralisi dallo spasmo.

HEYMANN (Berlino). Nel corso di un caso di afonia spastica, osservò — nel primo giorno — una dispnea spastica, che egli interpreta come un transitorio sintomo di stimolazione.

REICHERT (Rostock). In un caso potette menomare la dispnea colla cocaina.

Empiema dell'antro di Highmoro.

STÖRCK (Vienna). Parla dell'empiema dell'antro di Highmoro, prendendo occasione da un caso riferito da MIKULICZ (Cracovia), nel quale questi per guarire un empiema si era aperta una via nell'antro, perforando il cornetto medio. Egli introduce l'istrumento seguendo la via naturale, dilatando previamente il meato nasale medio con ferri da calzetta, avviluppati in ovatta, che sceglie gradatamente più grossi. Per allontanare il secreto ed injettare soluzioni astringenti , adopera una siringa incurvata alla punta , ovvero una dritta, munita di apertura laterale.

Crede che l'aprire una strada attraverso gli alveoli dentarii abbia i suoi inconvenienti, giacchè il continuo trapelare del secreto nella cavità orale è cosa molto ributtante.

BAEYER (Bruxelle). Raccomanda di dilatare l'apertura naturale col galvanocauterio. Facendo poscia adagiare l'infermo prono e col capo pendente, il secreto effluisce.

SCHLESINGER (Dresda). Raccomanda di aprire largamente l'apofisi alveolare e detergere accuratamente la cavità.

Difterite da inoculazione diretta.

SCHRÖTTER. Ha osservato un gravissimo caso di difterite da inoculazione sul suo assistente , il dottor KARIS , e ne riferisce la storia: ferita in una tracheotomia per difterite, dopo due giorni comparsa della malattia con febbre, corizza e pustole emorragiche, che si trasformarono ben presto in ulcerazioni difteriche : difteria della faringe e della laringe. Durante la convalescenza si formò di nuovo una ulcerazione sulla parete laringea posteriore. L'infermo fa un viaggio verso il Sud. Al ritorno presenta grave stenosi per aderenza delle corde vocali. Recisione e dilatazione. Ad una domanda del dott. SCHMIDT (Francoforte sul Meno), SCHRÖTTER risponde che in questi casi bisogna praticare il cateterismo della laringe per mesi interi.

B. FRAENKEL solleva la quistione se in questo caso non abbia potuto trattarsi di vajuolo.

SCHRÖTTER crede che tanto la etiologia, quanto il decorso depongano a favore della difteria.

STÖRK ammette parimenti, che le pustole debbano essere interpretate come ascessi metastasici, consecutivi ad infezione difterica.

Contribuzione all'etiologia dell'edema della laringe.

Strübing (Greifswald). Nei casi di Strübing non si tratta di una delle ordinarie cause dell'edema, ma dell' effetto di una nevrosi vasomotrice. Talvolta dopo infreddature o dopo introduzione di alimenti molto freddi o molto caldi, e spesso senza causa valutabile, l'infermo viene colpito da disturbi nella deglutizione, i quali aumentano rapidamente. L'ispezione fa rilevare rossore del velo-pendolo, tumefazione che si sviluppa rapidamente (soprattutto dell'ugola) fino al volume di un uovo di piccione. Indi la mucosa diviene pallida e trasparente e compare la dispnea; l'edema si diffonde ai ligamenti ari-epiglottici. Tutti questi diversi accessi si sviluppano in $\frac{1}{2}$-2 ore, dopo di che il calibro della laringe ridiveniva libero. Poscia si sviluppa edema della faccia e della pelle del collo (senza dolore) che dura molte ore. Talvolta, i sintomi si manifestano in ordine inverso. In alcuni infermi si produceva anche il vomito, e allora diminuiva la secrezione urinaria, e si manifestava una leggiera albuminuria. Non si può indicare alcuna causa dell'edema. Ponendo da banda qualsiasi discussione sulla denominazione abbastanza oscura di « nevrosi » data al processo, è a rilevare che alcuni momenti rendono possibile una spiegazione. È noto che si manifestano edemi come sintomo reattivo di stimolazioni. Nella crasi idremica del sangue l'essudazione aumenta, sotto l'influenza di stimoli esterni. Quest'abnorme permeabilità delle pareti vasali esiste pur quando si producono gli edemi dei quali teniamo qui parola; ma in questo caso essa è determinata da influenze nervose.

Sorge ora la domanda se i sintomi sono la conseguenza di una stimolazione dei vaso-dilatatori o dei vaso-costrittori. A questa domanda non si può dare una risposta precisa, ma nulla depone a favore della stimolazione dei vaso-costrittori. Quindi si può ritenere con la massima probabilità, che gli edemi sono dovuti ad un'esagerata eccitabilità dei vaso-dilatatori. A favore di ciò depone il successo della cura, giacchè gli esperimenti con astringenti molto stimolanti esercitavano un'azione nociva. Il ghiaccio, la morfina e le scarificazione agivano meglio di tutti. In ultimo l'A. dichiara, che quantunque egli non fosse mai costretto di ricorrere alla tracheotomia, ciò nonpertanto crede che talvolta possa presentarsi la necessità.

Sul trattamento laringoscopico delle forme subacuta e cronica della bronchite e della tracheite.

Reichert (Rostock). Dichiara che i risultamenti da lui finora ottenuti nella cura della tracheite subacuta e cronica non erano

molto incoraggianti. Quindi egli, tanto per la inalazione, quanto per la injezione ha costruito un nuovo apparecchio, e proprio un polverizzatore con il tubo da injezione curvato in giù. Come liquidi da inalazione si possono adoperare miscugli di olio di eucalipto (al 2 per 100), di olio di menta (1/2 per 100), di tannino (10-20 per 100) ecc., REICHERT ammette, che il liquido polverizzato perviene, tuttochè in quantità minime, fin nei bronchi medii.

SCHNITZLER (Vienna). Non pone in dubbio i buoni risultamenti di REICHERT, ma crede che essi non debbano essere attribuiti al metodo o ai medicamenti adoperati. Egli si è convinto, che dei liquidi inalati non perviene nulla nei bronchi

REICHERT. Crede che contro quest'affermazione depongano la sensibilità della trachea ed il suo forte rossore nella inalazione di olii eterei. Egli ha provato ciò sopra sè stesso.

SCHLESINGER (Dresda). Ha fatto esperimenti coll'istrumento di REICHERT nella tracheite consecutiva alla rinite atrofica ed è giunto con esso a determinare la espulsione di croste; ma dovette ben presto rinunziare a continuare questa cura, a causa del forte spasmo della glottide che si verificava ogni qualvolta una goccia usciva dal tubo.

TOBOLD (Berlino). Anche egli teme che possa prodursi lo spasmo della glottide.

M. SCHMIDT. Insuffla spesso polveri nella trachea e non ha mai osservato lo spasmo della glottide. Se durante la inspirazione si insuffla con l'insufflatore di FOURNIL, la stimolazione che si produce non è molto grande.

KRAUSE. Ha applicato l'olio di menta con la siringa di STÖRCK, ed ha ottenuto buoni effetti.

Sulla curabilità delle ulcerazioni laringee tubercolari.

HERING (Varsavia). L'anatomia patologica ha mostrato già da lungo tempo, che tanto le affezioni tubercolari della laringe, quanto i processi tubercolari diffusi del pulmone possono cicatrizzare e guarire. H. tuttochè fermamente convinto che le ulcerazioni tubercolari della laringe possano guarire, e che la guarigione possa durare mesi ed anni, ciò nonpertanto dichiara che le recidive sono frequenti, ed allora la malattia ricompare non tanto nei punti dove stava prima, quanto piuttosto nei pulmoni. Riferisce 11 casi in appoggio delle sue opinioni.

Sulla tracheotomia nella tisi laringea.

M. SCHMIDT (Francoforte sul Meno). Circa le indicazioni della tracheotomia nella tisi, le opinioni sono divergenti. S. crede

che nella stenosi laringea l'organismo riceva troppo poco ossigeno, e quindi il suo stato di nutrizione ne scapiti. Per tale motivo ritiene che la tracheotomia sia indicata nella stenosi laringea. Egli l'ha praticata 8 volte nella tisi laringea. Di questi infermi uno visse ancora due anni, ma lo stato di tumefazione della laringe persistette; in 4 l'affezione laringea diminuì, ma gl'infermi morirono per tisi pulmonale nello spazio di alcune settimane fino a 10 mesi dopo l'operazione. Una inferma da lui tracheotomizzata 18 mesi or sono, è guarita dell'affezione laringea ed è migliorata dello stato del pulmone. L' ottavo infermo è completamente guarito, ed egli lo presenta al Congresso.

Si stabilisce le seguenti indicazioni:

1) nella stenosi pronta tracheotomia;

2) quando la tisi laringea è grave e l'affezione pulmonale è relativamente leggiera, bisogna operare anche quando non ci ha stenosi ;

3) quando i processi laringei si diffondono rapidamente, la tracheotomia è richiesta anche prima che si manifesti la dispnea;

4) quando vi ha contemporaneamente disturbo della deglutizione, bisogna operare al più presto possibile.

Cura della tisi laringea.

Krause. Fa rilevare la efficacia dell'acido lattico contro le ulcerazioni tubercolari, come già aveva detto a suo tempo nella conferenza tenuta davanti alla Società Medica di Berlino. I termocaustici e l' acido cromico hanno l' inconveniente , che per agire sufficientemente sulla parte inferma, debbono sempre distruggere anche parti sane. L'acido lattico trasforma rapidamente in escara la superficie ulcerata e determina una cicatrizzazione che segue esattamente la superficie ulcerata. Guariscono pure le ulcerazioni della parete laringea posteriore.

Krause porta opinione, che quando lo stato delle forze è conservato, *ogni ulcerazione tubercolare può essere guarita coll'acido lattico*. Fa d'uopo, però, che quest'ultimo venga bene stropicciato sulla superficie ulcerata.

Hering. Conferma i risultati di Krause relativamente all'efficacia dell'acido lattico, e ritiene quest'ultimo come il migliore di tutti i mezzi noti contro la tubercolosi. Egli anestesizza la laringe mediante injezione sottomucosa di 0,02—0,03 grm. di cocaina nella parete posteriore. Questo metodo esercitando un' azione persistente, si adatta benissimo per la cura della odinfagia. In caso di bisogno si può far seguire il raschiamento delle ulcerazioni con una curetta da lui costruita, e che presenta ; poscia pratica stropicciamenti con acido lattico. Quando la tumefazione è im-

ponente raccomanda profonde incisioni del tessuto tumefatto e consecutivo trattamento con acido lattico.

Invita ad osservare la laringe di un infermo, che egli tre mesi prima ha trattato con raschiamento ed acido lattico. Si veggono evidenti cicatrici, ma nessuna ulcerazione.

SCHROETTER. Afferma che da quando è ricorso all'acido lattico ha veduto guarire un maggior numero di ulcerazioni tubercolari della laringe.

SCHNITZLER. Non condivide l'entusiasmo per l'acido lattico. Crede che le ulcerazioni tubercolari della laringe possano guarire o resistere a qualsiasi metodo. Gli stessi risultamenti che oggi vengono attribuiti all'acido lattico, egli li ha osservati già sei anni or sono col jodoformio, ed ha avuto la stessa impressione che ha oggi SCHROETTER. Dall'acido lattico ha ottenuto effetti meno favorevoli di quelli decantati da KRAUSE, HERING, JELLINECK. In vero, alcune ulcerazioni guarirono; ma l'acido lattico produce effetti collaterali molto spiacevoli.

ROSENBERG (Berlino). Ha avuto eccellenti effetti dalla cura col mentolo. Di una soluzione oleosa al 20 °|₀ egli injetta una o due volte al giorno 1-2 grm. sull'ulcerazione tubercolare, e proprio goccia, a goccia. Queste injezioni debbono essere proseguite per lungo tempo, benchè sempre più di rado. Il mentolo viene ben tollerato. Le ulcerazioni si detergono, si covrono di granulazioni di buona qualità e cicatrizzano dopo un tempo più o meno lungo. Il mentolo ha un'azione ischemizzante (analogamente alla cocaina), come pure analgesica e soprattutto antiparassitaria.

BETZ (MAGONZA). Ha praticato due volte la tracheotomia in donne gravide affette da tubercolosi. In un caso si verificò le guarigione, nell'altro accadde la morte dopo alcune settimane.

B. FRAENKEL. Ritiene come dubbio, se senza la stenosi sia permessa la tracheotomia.

Sugli ascessi tracheali.

ROSENFELD (Stuttgart). Al 17 Febbrajo R. vide una signora che da 24 ore era affetta da leggiera raucedine. Dopo 2 giorni vi erano tracce di sangue nello sputo, dopo 14 giorni emottisi, ma nessun bacillo tubercolare. Indi euforia. Al 1° Marzo di nuovo forte emottisi. Alcuni grumi di sangue espettorati erano lunghi fino a 15 ctm., avevano l'aspetto di sanguisughe, e presentavano l'impronta delle ramificazioni bronchiali. All'esame laringoscopico furono accertati dall'8° sino al 10° anello tracheale due tumefazioni, i cui margini salienti erano disseminati di stravasi emorragici puntiformi.

Nel secondo caso si trattava di una inferma, che si presentò a ROSENFELD con una dispnea in alto grado. All'esame laringoscopico, questi trovò sul lato destro della trachea una tumefazione che sporgeva sopra la superficie. Nella sera seguente la tumefazione si ruppe, e si potettero scorgere bene le particelle fluttuanti della mucosa laringea. ROSENFELD afferma, che a giudicare dal contenuto vuotato, questi due ascessi erano delle cisti ateromatose.

Sulla trasformazione di polipi mucosi in neoplasmi maligni.

BAEYER (Brusselle). Mentre agli antichi medici una tale trasformazione sembrava la cosa più naturale di questo mondo, BILLROTH nella sua opera, dal titolo « *Ueber den Bau der Schleimpolypen* », apparsa nel 1856, negò completamente una tale metamorfosi. Ben presto la maggior parte degli Autori ammise la sua opinione. Il primo a riferire un caso bene accertato di questa trasformazione fu MICHEL (1876), al quale seguirono HOPMANN (1885), SCHMIEGELOW e SCHAEFFER.

BAEYER nel 1885 vide un infermo, nel quale l'anno precedente era stata fatta diagnosi di polipi mucosi. Egli trovò un tumore pendente dal fornice della cavità nasale, il quale in sopra aveva l'aspetto di un polipo mucoso, ma in giù era ulcerato, granuloso e sanguinava facilmente. Mostra il preparato, che nella porzione inferiore presenta le note del cancro villoso. Nessuna recidiva.

Il 5 Settembre del 1886, BAEYER vide un secondo caso. L'infermo, un uomo a 52 anni, sempre sano, da 20 anni avvertiva disturbi nella metà destra del naso. Da due mesi avverte cefalalgia, scolo di liquido giallastro, dimagramento, inappetenza. Nella coana destra vi è un tumore molle e molti polipi nasali. Il tumore era un carcinoma epiteliale, da poco tempo sopraggiunto ai polipi mucosi, esistenti certamente da 20 anni. B. non osa decidere se il carcinoma si era prodotto per trasformazione di un polipo mucoso.

Sulla laringite secca.

LUBLINSKI (Berlino). Ritiene il catarro laringeo secco come una conseguenza della laringite secca, che si diffonde anzitutto sul ligamento interaritenoideo e poscia sul resto della laringe. Si manifesta come un processo atrofico della mucosa con formazione di dense croste. Contro la faringite secca, che rappresenta il momento causale, sono a raccomandare i preparati di jodo, e contro la laringite secca una soluzione di cloruro di zinco al 2-3 %.

STÖRCK ritiene che l'affezione nei suoi stadii innoltrati è asso-

lutamente inguaribile, e di rado cade sotto la osservazione nei periodi iniziali. Del resto, non bisogna confondere la secchezza del naso con quella esistente al principio di un catarro acuto, la quale è conseguenza di una stasi, e viene bentosto sostituita da una secrezione profusa.

MICHAEL (Hamburg). Ha veduto nel 1879 un caso apparso senza prodromi, e che esordì con stridore in alto grado. Fra le corde vocali vi era una massa gialla, che egli in sulle prime ritenne per una neoformazione coverta di muco. Mediante pennellazione con glicerina la massa fu allontanata, e si notò essere una crosta secca. Da quell' epoca MICHAEL ha osservato molti altri casi di questo genere. Contro l' aridità nella gola, raccomanda le polverizzazioni di latte caldo, e contro quella nella laringe le inalazioni con lo stesso mezzo.

THORNWALDT (Danzica). Crede che sotto il nome di faringite secca si comprendano diversi concetti, e che è possibile guarire un certo numero di casi, rintracciando il punto di partenza del secreto, e soprattutto la borsa faringea.

M. SCHMIDT. Ha osservato quest'affezione il più delle volte sulle cuoche o sulle donne di case che stavano molto vicino al focolajo. Le croste possono essere allontanate ottimamente colla spugna del VOLTOLINI. Inoltre raccomanda pure le insufflazioni di *acetato* e *tartrato di alluminio*.

BAEYER. Porta opinione che insieme alla cura locale sia indicata quella interna con apomorfina ed arsenico.

MORELLI (Buda-Pest). Ha accertato spesso un'affezione analoga negl' individui di sesso maschile dopo la sifilide. Non fa però d'uopo di ricorrere alla tracheotomia. Egli cura la malattia con inalazioni di cloruro sodico, *acet-tartar. di all.* e glicerina fenicata.

GOTTSTEIN (Breslavia). Crede che vi sia una forma di laringite secca indipendente dall'affezione faringea.

LUBLINSKI. Porta opinione, che siccome egli preleva il suo materiale di osservazione dalla policlinica generale, ha occasione di osservare gli stadii iniziali dell'affezione un pò meglio di STÖRCK.

Tracheocele in un bambino di quattro anni.

HEYMANN (Berlino). In questo caso, ad amendue i lati della trachea si producono — nella inspirazione — sporgenze oblunghe, che in giù entrano in rapporto fra di loro. All'esame laringoscopico non si poteva accertare il punto di origine nella trachea.

Sulla localizzazione delle sensazioni negli organi della gola.

SCHADEWALD. Il potere di localizzazione negli organi della gola è ben poco sviluppato. Per solito gli stimoli nella cavità naso-

faringea vengono attribuiti alla regione laringo-tracheale; e lo stesso avviene per gli stimoli patologici. Ciò dipende da una erronea interpretazione e non già da un vero processo riflesso.

Sulla borsa faringea.

SCHWABACH (Berlino). Ha preso in esame la quistione relativa all'esistenza della borsa faringea nel senso di TORNWALDT e di LUSCHKA, e collo studio di una vasta serie di preparati è pervenuto alla conclusione, che sulla volta della faringe non ci ha normalmente un'appendice a forma di borsa. Talvolta, ma non costantemente, vi ha una depressione della mucosa, la quale però non perviene nella fibro-cartilagine basilare; in altri preparati vi era una identica foveola. Quest'ultima si produce mediante parziale aderenza dei due lembi mediani della tonsilla faringea.

La borsa faringea sulciforme di TORNWALDT è sempre la fenditura media della tonsilla di LUSCHKA.

TORNWALDT (Danzica). Afferma che le sue osservazioni sono state di natura puramente clinica, e che egli si accorda pienamente con la interpretazione anatomica di SCHWABACH. Inoltre egli non attribuisce alcuna importanza al nome di borsa faringea.

Sul cronico catarro retro-nasale.

TORNWALDT. Questo catarro può esistere su tutta la mucosa o sopra alcuni punti di essa. La sua base anatomica può essere costituita: *a*) dalla ipersecrezione, *b*) dalla cicatrizzazione, *c*) dalla formazione di cisti.

La ipersecrezione è di diversa forma ed intensità, ma soprattutto di diversa localizzazione. Essa promana dalla borsa faringea, dalle glandole acinose, dalle lacune del tessuto adenoide, da follicoli linfatici ascessuati, da piccole parti della mucosa, ovvero da tutta la mucosa del naso e sue cavità accessorie.

Importa di fissare esattamente i punti di partenza della malattia e localizzare ivi la cura.

La formazione di cicatrici sulla mucosa naso-faringea è più frequente di ciò che si ammette. Ne risulta la formazione di spazii cavi, per es. del solco medio, e ciò determina alla sua volta la produzione di cisti. Così, per es., egli ha trovato cisti grosse quanto un granello di canape fino ad una ciliegia, analoghe a quelle sulla borsa faringea. Sovente le cicatrici producono disturbi in quanto che fanno aderire fra di loro parti della mucosa, che si dovrebbero muovere l'una sull'altra.

Böcker (Berlino). Mostra mediante disegni la differenza di posizione delle corde vocali nella paralisi isterica ed in quella organica dei dilatatori della glottide.

Köhler (Posen). Mostra due rinoliti. Uno si era formato intorno ad un pezzettino di legno, che sette anni prima era capitato nel naso. L'altro fu estratto da una donna di 45 anni, che non aveva mai sofferto disturbi nasali o scolo dal naso.

Schmidt. Presenta un rinolite che si era formato intorno ad un acino di caffè.

Morelli. Ne mostra uno formato intorno ad un nocciuolo di ciliegia.

Schlesinger. Presenta un rinolite il cui nucleo era un frammento di una campana di vetro, capitato nel naso in una caduta.

Schmidt. Fa osservare anch'egli un rinolite che si era formato intorno ad un pezzo di spino cervino.

Sulla combinazione della sifilide colla tubercolosi.

Schnitzler. Riferisce i seguenti casi: 1) Un giovane a 28 anni si lamenta di disturbi nella gola e di dolori nella deglutizione. Sull'epiglottide, a sinistra, vi ha un'ulcerazione abbastanza profonda, che fu ritenuta come sifilitica. L'anamnesi conferma questa supposizione. Ioduro di potassio. Immegliamento. Recidiva : a destra profonda ulcerazione ed a sinistra una cicatrice rotta. Leggiero catarro pulmonale. Si ricorre di nuovo al joduro di potassio e questa volta si adopera pure il jodoformio. Miglioramento. Dopo due mesi, considerevole distruzione dell' epiglottide , ulcerazione dei ligamenti ari-epiglottici e tumefazione della mucosa aritenoidea. Nel secreto dell'ulcerazione non vi sono bacilli. Inoltre, condilomi all'ano. Di nuovo il joduro di potassio. Nessun miglioramento. La tosse aumenta, ed alla percussione si nota un'aja di ottusità. Nessun bacillo. Injezioni di sublimato. L'infermo muore. L'autopsia fece rilevare tubercolosi della laringe. Secondo l'opinione degli anatomisti patologi, i pretesi condilomi erano ulcerazioni tubercolari. Poco prima della morte, nello sputo erano stati accertati bacilli. L'A. crede che l'infermo era dapprima sifilitico, e che la tubercolosi si sia sviluppata sul fondo sifilitico.

2) L'infermo presenta ulcerazioni sul velo-pendolo, sulle corde vocali ed è dimagrato. Diagnosi: sifilide laringea, tubercolosi pulmonale. Le ulcerazioni guarirono colle insufflazioni di iodoformio. Dopo un mese ulcerazioni nell'angolo anteriore della corda vocale ed incipiente aderenza delle corde vocali. Più tardi dolori nella spalla destra, cagionati da una gomma. Indi completa aderenza

delle corde vocali. Dopo qualche tempo appare la periostite gommosa, ecc. Si recide la membrana. L'infermo guarì completamente. Anche per questo caso SCHNITZLER non sa decidere con certezza se si sia trattato di sifilide o di tubercolosi.

Egli ammonisce a non esagerare troppo il reperto laringoscopico nello stabilire la diagnosi, e consiglia di prendere accuratamente in considerazione tutti i momenti. Ad ogni modo, crede che la sifilide crei spesso un fondo sul quale attecchisce la tubercolosi.

B. FRAENKEL. Crede che la pruova dei bacilli di KOCH renda sempre possibile di stabilire la diagnosi differenziale.

Sulle operazioni rinoscopiche nello specchio fisso.

SCHLESINGER (Dresda). Il suo istrumento è una modificazione della spatola boccale di ASH, sulla quale si può adattare uno specchio facilmente ed anche solidamente. Inoltre egli adopera un uncino palatino curvo lateralmente, da lui inventato. Con questa combinazione può intraprendere tutte le operazioni sulla guida dell'occhio, a partire da bambini che contano tre anni.

Inoltre fa rilevare i vantaggi della lampada elettrica, ma ammonisce a non far uso degli specchi laringei armati di cosidette lampade Mignon.

Sopra un nuovo metodo di cura della balbuzie.

COEN (Vienna). Questo nuovo metodo tiene a base l'osservazione che nel pispigliare non si tartaglia. Egli fa tacere completamente gl'infermi per alcuni giorni, indi li fa parlare pispigliando, e poscia a grado, a grado a voce chiara, e continua così fino a che la favella è ridivenuta normale. A. KRAKAUER.

JOHN O. ROE. *Angioma of the nose (Angioma del naso).*

In questo caso si trattava di un tumore angiomatoso (riconosciuto come tale mercè l'esame istologico fatto dopo l'ablazione), che aveva preso origine dall'estremità posteriore del setto, ed ostruiva completamente una narice. L'infermo contava 68 anni. In sulle prime si credette che si trattasse di un polipo; un tentativo di estrazione colle pinzette determinò una emorragia grave. Il tumore, che aveva tutte le apparenze di un fibroma, fu asportato col serranodo di JARWIS. Il punto di impianto fu cauterizzato; ma alcune settimane dopo, il tumore recidivò, e l'esame mostrò i caratteri del sarcoma. L'infermo morì dopo sei mesi,

per esaurimento; il tumore angiosarcomatoso riempiva allora tutta la narice.

A proposito di questo caso, l'A. fa la storia degli angiomi del naso, e dà un riassunto di 14 casi da lui raccolti nella Letteratura.

(*Medical Times*).

O. Chiari. *Ein Fall von Rhinolithiasis* (*Un caso di rinolitiasi*).

Sopra 40 casi di calcoli delle fosse nasali, segnalati dagli autori, più di una volta fu osservato un corpo estraneo nel centro del calcolo.

L'A. ha estirpato dalla fossa nasale destra di una giovanetta un calcolo, nel centro del quale ha constatato un bottone metallico. Questo rinolite, costituito da carbonato e da solfato di calce con materiali organici, si nascondeva dietro la mucosa tumefatta del cornetto inferiore, e la sonda lo sfiorava soltanto.

Da più di 10 anni, l'infermo accusava obliterazione della narice e corizza purulenta. È probabile che il corpo estraneo si era fissato ivi dall'infanzia.

Guarigione completa dopo l'operazione. All'esame rinoscopico si nota che il cornetto inferiore è atrofizzato, di guisa che la narice destra è divenuta più larga di quella sinistra.

(*Schmidt's Jahrbücher*).

Geiner. *Ein Fall von Chorea Laryngis* (*Un caso di corea della laringe*).

Un fanciullo di 12 anni, da sei mesi presentava bizzarri accessi di tosse, che simulavano una specie di latrato, e che si ripetevano soltanto di giorno, ma mai di notte. Gli accessi successero alla pertosse, e coincidettero con contrazioni coreiformi di tutti i muscoli; indi la corea cessò quasi, ma la tosse persistette. Non ci era espettorazione. Punto laringite. Punto irritazione della mucosa laringea.

Durante l'accesso di tosse, l'A. vede le corde vocali ravvicinarsi bruscamente l'una all'altra, poi divaricarsi non meno rapidamente nel momento in cui l'espirazione si produce, di guisa che la glottide è allora largamente aperta; quindi, la tosse è breve, sorda, e poco rumorosa.

Si constatano: tumefazione dei cornetti inferiori (corpi erettili), ipertrofia delle tonsille, esistenza di granulazioni faringee.

L'A. incomincia dal cauterizzare i cornetti inferiori e la gola, e dall'asportare le tonsille. Nessun risultato. Egli intraprende al-

lora la medicazione interna col liquore di Fowler, col bromuro, col solfato di chinina e colla belladonna: nessun successo. In ultimo ricorse alla faradizzazione associata all' idroterapia: dopo 4 settimane la guarigione era completa.

(*Schmidt's Jahrbücher*).

C. Leroy. *Ueber die zwischen Larynx-und Hauttuberculose vorhandenen Beziehungen* (*Sui rapporti esistenti fra la tubercolosi laringea e quella della pelle*).

Secondo l'A. la tisi laringea presenta tre tipi:

Nel primo si ha un ispessimento considerevole della mucosa laringea, uno stato mammellonato delle pieghe ari-epiglottiche e vaste ulcerazioni. Al microscopio si accerta una vasta infiltrazione tubercolare della mucosa laringea. Questa forma può essere paragonata a certi casi di lupus *non exedens*, i quali dopo una evoluzione torpida, sono la sede di un processo attivissimo acuto, seguìto da vaste distruzioni.

Nel secondo tipo, le lesioni differiscono sulle corde vocali inferiori e nel resto della laringe. Le corde vocali inferiori possono essere semplicemente ipertrofizzate, presentano esulcerazioni che provvengono da un processo di alterazione cavitaria degli elementi epiteliali, identico al processo di alterazione cavitaria dell'epidermide, descritto da Leloir nel lupus, oppure sono sormontate da vegetazioni, la cui struttura ricorda quella dei tubercoli cicatrizzati. Talvolta sugli altri punti della laringe si osservano ulcerazioni follicolari o glandolari, che risultano dalla trasformazione caseosa delle glandole invase dalle cellule embrionarie.

Nel terzo tipo, le lesioni sono visibili soltanto al microscopio. Il corion mucoso e le glandole sono affette da infiammazione cronica, e l'epitelio è notevolmente alterato. In questa forma le lesioni della laringe possono essere paragonate a quelle che si osservano nella pelle colpita da lupus scleroso e da lupus eritematoso.

(*Oest. med. Presse*).

R. Naether. *Ueber Laryngitis hypoglottica acuta gravis.* (*Sulla laringite ipoglottica acuta grave*).

Ziemssen per il primo, e dopo di lui Burow, Rauchfuss ed altri autori, hanno descritto sotto questo nome l'affezione, che in Francia va con quello di edema sottoglottico, e alla quale R. Naether consacra una monografia, a proposito di un caso da lui osservato.

Al di sotto della corda vocale inferiore esiste uno spazio sotto-

mucoso, limitato in basso dal bordo inferiore della cartilagine circoide; ha un'altezza verticale di 2-2 1/2 ctm; e con una siringa di Pravaz si può provocare in esso una specie di edema artificiale. Questo edema artificiale, unilaterale, si trova limitato in alto dal bordo libero della corda vocale inferiore, ammenochè non si adoperi una pressione considerevole. In questo caso l'edema può oltrepassare la corda vocale inferiore e guadagnare il ventricolo del Morgagni.

Questo edema sub-glottico resta ordinariamente limitato nella regione sottostante alla corda vocale. Esso può prodursi sotto la influenza delle ordinarie cause che originano l'edema delle pieghe ari-epiglottiche. Ma, a stretto rigore di senso, qui non si tratta sempre di un vero edema, giacchè talvolta si verifica una infiltrazione molto ricca di leucociti, e quindi purulenta. Di rado si produce una lesione di primo acchito, come per es. sotto l'influenza dell'azione del freddo. Il più delle volte essa è consecutiva ad una malattia generale o locale (per es. un disturbo laringeo).

Se la lesione in parola è leggiera, spesso essa passa inavvertita; ma se è intensa, provoca un disturbo respiratorio, sibilo laringeo inspiratorio ed espiratorio, tosse rauca ed accessi di oppressione.

Soltanto l'esame laringoscopico permette di fare una diagnosi esatta, giacchè fa rilevare, al di sotto delle corde vocali, un cercine tumefatto, costituito dall'edema sottomucoso.

Quando i mezzi ordinarii (applicazioni interne, ecc.) non sono sufficienti, e vi ha minaccia di asfissia, bisogna ricorrere alla tracheotomia.

(*Schmidt's Jahrbücher*).

La cura della febbre del fieno.

1) F. A. Barwill. *The therapeutic of hay fever (Trattamento della febbre del fieno).*

2) J. W. Stickler. *Cocaine in hay-fever (Cocaina nella febbre del fieno),*

3) Beverley Robinson. *Note on the therapeutic of hay-fever (Osservazione sulla cura della febbre del fieno).*

4) E. Fletcher Ingals. *Hay-fever, its causes and cure (Febbre del fieno; sue cause e cura).*

5) W. Chatham. *Is there a cure for hay-fever? (Ci ha una cura per la febbre del fieno?)*

6) R. Köhler. *Zwei Fälle von Heufieber (Due casi di febbre del fieno).*

7) J. PHILPOTS. *A remedy for hay-fever* (*Un rimedio per la febbre del fieno*).

8) S. C. AYRES. *Cocaine in hay-fever* (*Cocaina nella febbre del fieno*).

1) Senza insistere sulla bizzarra teoria, accampata dall'A., relativamente all'azione della cocaina, segnaleremo quì i due casi da lui osservati, nei quali una injezione ipodermica di cocaina nella febbre da fieno determinò un immegliamento notevole, seguito — è vero — due ore dopo da congestione cefalica.

2) L'A. riferisce un caso nel quale introdusse nel naso trocisci, contenenti ciascuno 3[4 di ctgm. di cocaina. Miglioramento notevole.

3) L'autore raccomanda la seguente formola: acido fenico 1, glicerina 3 : per spalmare la mucosa del naso. Questo medicamento agirebbe modificando i punti iperestesici della mucosa.

4) Secondo l'A., il risultato dell'uso della cocaina sarebbe il seguente: essa calma i sintomi penosi della febbre ben confermata e serve a permettere l'uso del galvano-cauterio sui punti iperestesici, che vengono constatati previamente coll'uso dello stiletto. Questa cauterizzazione superficiale deve essere fatta prima dell'accesso.

5) È curabile la febbre del fieno? L'A. risponde affermativamente. Egli raccomanda la distruzione dei punti iperestesici della mucosa con diversi mezzi, e soprattutto col galvano-cauterio. Inoltre, consiglia pure un trattamento generale.

6) Questi due casi guarirono con un trattamento locale. Nel *primo*, vi era un catarro ipertrofico con tumefazione del cornetto inferiore sinistro. Il galvano-cauterio e le insufflazioni di nitrato di argento fecero scomparire la lesione, e consecutivamente l'asma da fieno. Nel *secondo*, vi era tumefazione del cornetto inferiore da ogni lato, rilasciamento e leggiera tumefazione del resto della mucosa. Quattro applicazioni di galvano-cauterio bastano per la guarigione. Oltre lo stato locale, ci dovrebbe anche essere una predisposizione nervosa per dare origine alla malattia.

7) Fin dal principio della malattia si può insufflare nel naso un poco della seguente polvere : acido borico 5, salicilato di soda 2,5, cloridrato di cocaina 0,12. Secondo l'A. questa cura sarebbe indicata anche al principio del reumatismo cerebrale.

8) L'A. crede che la febbre da fieno sia suscettibile di diverse cure, secondo lo stato del naso. Quando non ci ha lesione nasale, si ricorrerà alla cocaina; in altri casi bisogna adoperare un trattamento contro l'ipertrofia nasale, la deviazione del setto, i polipi, ecc.

(*Medical Times*).

CH. BAUMLER. *Ueber Recurrenslähmung bei chronischen Lungenaffectionen* (*Paralisi del ricorrente nelle affezioni pulmonali croniche*).

La paralisi del ricorrente destro, segnalata da GERHARDT, nelle affezioni pulmonali croniche, si spiega col rapporto esistente fra questo nervo e l'apice del pulmone corrispondente. In condizioni analoghe, si può anche accertare la paralisi del ricorrente sinistro e della corda vocale dello stesso lato.

I casi riferiti dall'A. sono i seguenti:

In un uomo a 61 anno, ci era un piccolo ganglio del volume di una nocella, che comprimeva il nervo. In una donna a 41 anno, che presentava la cirrosi dell'apice del polmone, con dilatazione dei bronchi, fu accertata la nevrite del ricorrente al disotto dell'arco dell'aorta, a livello della trachea. Il nervo era ispessito ed indurato ; al microscopio fu constatata una vera cirrosi. Durante la vita, ci era stata la paralisi della corda vocale sinistra. In questo caso, il nervo nel punto leso non stava a contatto di nessun ganglio degenerato.

(*Virchow's Jahresberichte*).

SCHOETER. *Zur Casuistik der Larynxsyphilis bei Kindern.* (*Contribuzione alla casuistica della sifilide laringea nei bambini*).

L'A. pubblica 5 casi di sifilide laringea nei bambini, ed insiste sulla difficoltà che presenta la diagnosi, vuoi che si tratti di sifilide congenita, vuoi che si tratti di sifilide acquisita.

Ecco un caso interessante :

In un bambino di 9 anni, affetto da dispnea ed afonia, l'Autore constata cicatrici sulla faccia posteriore della faringe e sui pilastri. Sull'epiglottide vi era una larga ulcerazione, che si diffondeva fin sulle pieghe ari-epiglottiche. La tumefazione delle pieghe impedisce l'esame delle corde vocali Rinite cronica ipertrofica. Piccola perforazione del palato. Sul collo una larga ulcerazione a fondo liscio. Gangli della nuca e del collo ipertrofizzati.

Tuttochè l'anamnesi fosse oscura, ed il bambino fino allora fosse stato considerato come scrofoloso, nonpertanto l'A. istituì il trattamento antisifilitico ed ottenne una guarigione rapida.

(*Wien. Med. Presse*).

SCHNITZLER. *Membranöser Verwachsung der Stimmbänder in Folge von Kehlkopfsyphilis* (*Aderenza membranosa delle corde vocali per sifilide laringea*).

L'A., in una donna a 28 anni, osservò l' immobilità delle cartilagini aritenoidi, che si divaricavano debolmente durante l'inspi-

razione. Le corde vocali per tre quarti della estensione aderivano fra di loro mediante una membrana grigiastra, esile, delicata, trasparente e solcata da numerosi vasi. Durante l'inspirazione la membrana si tende ed oblitera tanto strettamente l'orificio glottico, che fra la concavità del suo bordo posteriore e la parete della laringe si introdurrebbe appena un esilissimo cannuolo di penna. Quando l'infermo parla, la membrana si piega e si interpone fra le corde vocali. Le corde vocali superiori ipertrofizzate presentano produzioni polipose. Afonia. Dispnea.

L'A. porta opinione che questa lesione della faringe sia di natura sifilitica. Egli osserva l'inferma da tre anni, ed ammette in essa una *sifilide ereditaria tardiva.*

(*Wien. Med. Presse*).

V. MEYER

FASANO A. — *Due notevoli casi di Erisipela laringea primaria con osservazioni sulla natura di questa malattia.* (*Estratto dal Boll. delle malattie dell' orecchio, della gola e dei naso.* Firenze 1886).

È la traduzione letterale di un articolo pubblicato, qualche mese prima, nella *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* etc: ma c'è di nuovo una nota ed alcune righe che riflettono il mio povero nome ed i miei studii sullo stesso argomento.

Il Prof. FASANO, dopo queste aggiunte, ha creduto pienamente riparato il torto che mi avea fatto nella edizione tedesca, interpretando a modo suo il mio silenzio, e, fermo in questo convincimento, ha fatto pervenire dalla direzione del Giornale che egli dirige, a quella degli *Archivii*, una copia dell'estratto, sul quale è scritto: « *Con preghiera di un cenno. L'A.* »

Giacchè è egli che mi getta il guanto di sfida, io lo raccolgo e rompo quel silenzio nel quale mi ero chiuso per carità di patria.

Nella edizione tedesca, il Prof. FASANO, tessendo per sommi capi la storia dell'erisipela laringea, avea semplicemente affermato che « a RYLAND toccava soprattutto il merito di aver richiamato l'attenzione dei clinici sulla natura erisipelatosa di parecchi così detti edemi della glottide ». Chi ha letto la mia monografia sulla erisipela della laringe, comprenderà subito come mi dovesse bollire il sangue entro le vene, dopo una citazione così falsa. E perchè a mezzo di *comune amico* giunse all'orecchio del Prof. FASANO quanto addolorato io ne era rimasto, egli ha fatto ammenda con la nota a cui ho alluso, messa in *capite libri*, dopo il titolo (nella quale dichiara che gli autori da lui citati *aveano tenuto parola di erisipele secondarie,* mentre io sono

stato *il primo a definire con esattezza clinica la erisipela laringea primaria*) e con le aggiunte, che suonano allo stesso modo e terminano col far sapere che io « *per il primo ho fatto conoscere la natura della erisipela laringea primaria* ».

Il Prof. Fasano, che questa volta dimostra tanta lealtà scrivendo italiano, avrebbe dovuto non esser da meno quando scriveva tedesco ; ovvero mandare al giornale tedesco un' analoga rettifica: perchè il confessare i proprii errori è onorevolissima cosa. Del resto, come il lettore vedrà più giù, anche in italiano, prima di questa sua memoria, ie ero stato amaramente bistrattato da lui stesso.

Ma andiamo avanti. — Uno dei due infermi dei quali si narra la storia, muore, ed il Prof. Fasano ha l'agio di farne l' autopsia e stabilire delle ricerche batteriologiche, dalle quali la natura dell' erisipela è confermata. Confesso che io ho ignorato sino ad oggi, come egli fosse così competente in fatto di batteriologia! Dacchè è egli stesso che ce lo fa sapere, non rimane che congratularsene. Io mi permetto solo dimandargli: in quale laboratorio ha eseguite queste ricerche batteriologiche ? O chi lavorò per suo conto ? E perchè non lascia vedere agli amici ed agli interessati questi preparazioni ? Perchè, sapendo che io avea letta la mia memoria dinnanzi all' Accademia Medico-Chirurgica di Napoli , non si è egli rivolto allo stesso tribunale ?

Le relazioni tra il Prof. Fasano e me, furon sempre delle più cordiali, anzi, se la memoria non mi tradisce, tempo fa, egli ha frequentato per alcuni mesi il mio dispensario, quando ero un privato docente. Viviamo sotto lo stesso cielo; coltiviamo gli stessi studii; collaboriamo nei medesimi giornali! Perchè egli non ha compreso che ogni passo in questo importante quesito della erisipela laringea era un omaggio giusto che rendeva all'amico, senza pregiudicare in nulla i suoi interessi ? Perchè travisare o moncare una storia di fronte agli stranieri, creando equivoci e parafrasando quello che in italiano ha saputo dire così esplicitamente, in contraddizione di un altro italiano che ha cavato fuori dalla sua penna in una prelezione ? E dopo tutta la prova di una prudenza illimitata e di un eccezionale saugue freddo, egli, il Fasano, mi dimanda la recensione del suo articolo !

Ebbene io sono stato pronto a servirlo: anzi rovistando quello che scrisse a proposito dell' *erisipela laringea* nella sua prelezione intitolata: *Ultimi progressi della laringojatria*, trovo qualche cosa che mi piace riferire. Così solo il lettore si potrà formare un adeguato concetto del modo come pensa il Prof. Fasano, e quanto premuroso egli sia di rendermi giustizia ! Trascrivo letteralmente:

« Molti distinti medici americani avevano al principio di questo secolo descritto varie epidemie di erisipela laringea e pulmonale;. SEMON, DAUSEL ed altri osservarono casi, che qualificarono come erisipela primaria della laringe. La letteratura e le opere speciali sono già ricche di osservazioni sulla *erisipela laringea primaria* , e. sulla *pulmonite erisipelatosa primaria*. Il mio collega — (grazie dell' onore ! !) — Prof. MASSEI, ha dato ultimamente a luce una monografia su questo argomento, nella quale tenendo a base parecchi casi da lui osservati, afferma che il campo della erisipela laringea primaria deve essere ampliato, giacchè parecchi casi che vanno descritti col nome di edema laringeo primario sono invece casi di erisipela primaria ».

Sta dunque proprio così, nella sua coscienza, Prof. FASANO ? O non ha Ella capito ciò che ha scritto ? Lasciamo l' imparziale giudizio a chi deve giudicare questa mia recensione !

F. MASSEI

VARIA

Una recente ed interessante pubblicazione è quella del *Manuale di Otologia* del Prof. V. GRAZZI. Noi ne abbiamo già fatto un cenno critico, mesi or sono, quando esso comparve la prima volta nel *Dizionario Enciclopedico di Medicina e Chirurgia*, edito dal VALLARDI, ed ora, che il volume è stato pubblicato separatamente, con tipi nitidissimi, da C. COLLINI a Firenze, a noi piace raccomandarlo a quanti sono cultori di questa novissima branca delle mediche discipline.

Il manuale è diviso in 4 parti. La prima tratta della *semeiotica dell'udito*; la seconda dell'*anatomia*, *fisiologia* e *patologia degli organi di trasmissione del suono*; la terza dell'*anatomia*, *fisiologia* e *patologia dell'orecchio interno* e l'ultima della *protesi auricolare*, del *sordomutismo*, delle *simulazioni* e *dissimulazioni* e della *medicina legale* riferibile all'organo dell'udito.

È inutile aggiungere che tutti i capitoli di ogni parte sono trattati con ordine, concisione e chiarezza mirabili, in modo che questo del Prof. GRAZZI, può dirsi un Manuale completo nel suo genere: tale da essere utilissimo non solo allo studente, ma anche al medico generico ed a chi coltiva in particolare l'otologia.

Il libro si può acquistare per lire 8, dall'Editore CARLO COLLINI, Firenze, via Monalda, N. 7.

Lo stato della Laringologia in Italia

Nell'*Internationales Centralblatt für Laryngologie* etc., è stato recentemente pubblicato un articolo col titolo sopraddetto. Noi lo riportiamo integralmente, tradotto, per far cosa grata ai nostri lettori, i quali dovranno convenire in massima sui giudizii espressi nel detto articolo e sulla necessità di adoperarci a tutt'uomo, affinchè la nostra branca prediletta sia meglio generalizzata ed abbia sufficiente aiuto, da poter raggiungere, anche in Italia, quel grado elevato che tiene negli altri paesi civili. Solamente ci siamo fatto un dovere di aggiungere, o rettificare, in tante note (che esclusivamente ci appartengono) ciò ch' è stato omesso, ovvero erroneamente riportato.

L'ecc.^{mo} Ministro per la Pubblica Istruzione, dopo la lettura di questo articolo, non tralascerà di curare le sorti dell'insegnamento di Laringologia, dotandolo soprattutto di letti, per certe cure recla-

mate di urgenza, e considerando anche che molti sono i giovani volenterosi, che desiderano di perfezionarsi in questa branca, come si può rilevare da parecchie tesi di laurea su argomenti di Laringologia presentate nell'ultimo anno scolastico.

La Laringologia è in Italia una scienza ancora molto giovane. Essa fu importata ivi, dopo che in altri paesi aveva già acquistata una grande entità scientifica. Tutti i laringologi che oggi in Italia insegnano ed esercitano questa specialità, hanno fatto i loro studii all'estero. Siccome non esistono affatto pubblicazioni relative allo sviluppo della Laringologia, ne risulta che tutto ciò che ora andiamo ad esporre, lo dobbiamo a comunicazioni private.

Verso il 1864, il dottor GENTILE visitò le cliniche estere. Egli fu il primo in Napoli, e forse in tutta Italia, che adoperò il laringoscopio.

Pressochè verso la stessa epoca, il dottor VENTURINI pubblicò un caso di polipo laringeo, osservato e trattato per le vie naturali.

Ma, la vera storia della laringologia italiana esordisce con LABUS e MASSEI, che nel 1870, quasi contemporaneamente, il primo nell'Italia settentrionale ed il secondo nell'Italia meridionale (1) aprirono un dispensario per le malattie di gola (2), e poco dopo incominciarono a dare corsi di laringoscopia. LABUS ottenne il titolo di pareggiato a Pavia (3), e MASSEI nel 1882 ebbe a Napoli il titolo di pareggiato, mentre nel tempo stesso gli fu assegnato l'incarico di insegnante ufficiale. Nello stesso anno, quindi, fu fondata per lui una cattedra, e fu nominato professore incaricato. Qui fa d'uopo notare che in Italia vi sono tre categorie di professori Universitarî: ordinarî, straordinarî ed incaricati. Questi delle due ultime categorie, ogni anno vengono confermati di nuovo nel loro posto. Gli altri statuti universitarî, lo studio della medicina e delle sue discipline ausiliarie, gli esami, ecc. sono, su per giù, abbastanza analoghi a quelli in Germania ed in Austria, ed in complesso sono identici nelle varie Università d'Italia.

Napoli è la prima, e finora l'unica Università d'Italia nella quale vi ha una cattedra ufficiale di Laringologia. Ma non è obbligatorio assistere al corso di Laringoscopia, che, al pari di ciò che è altrove, consta di lezioni ed esercizî pratici, e perciò questo

---

(1) Il LABUS cominciò ad applicarsi a questi studii speciali nell'inverno del 1867; MASSEI nell'autunno del 1868.

(2) Nel 1876, l'Ospedale Maggiore di Milano, oltre agli altri dispensarii di specialità, aprì anche quello per le malattie della gola, affidandone la Direzione al LABUS.

(3) Nel 1879.

corso viene frequentato soltanto da quelli che per interesse privato si vogliono dedicare allo studio della Laringologia. Quindi tanto in Napoli, quanto nelle altre Università, la Laringologia è una disciplina accessoria, la cui conoscenza non viene richiesta nell'esame di laurea. Ciò naturalmente fa sì, che la maggior parte degli studenti si incarica ben poco di studiare questa branca della Medicina (1).

Alla cattedra ufficiale di Laringologia in Napoli, non è annessa una clinica. Ci ha soltanto un dispensario (frequentato ogni anno da circa 800 infermi) ove funzionano un coadiutore (che è nel tempo stesso pareggiato in Laringologia (2)) e due (3) assistenti volontarî. A causa della mancanza di una sala con letti, le tracheotomie vengono fatte nella Clinica Chirurgica. In questi ultimi tempi, nell' Università di Napoli molti medici si sono pareggiati in Laringologia, Rinologia, ecc. Oltre a ciò, in Napoli esercita la professione un gran numero di specialisti. Quindi, come è agevole scorgere, Napoli è un centro della nostra specialità. Ivi vengono pubblicati due giornali di Laringologia, e la maggior parte delle pubblicazioni laringologiche italiane provvengono a preferenza da napoletani.

Nelle altre grandi Università d'Italia, per lo più vi sono professori pareggiati di Laringologia, i quali tengono un dispensario e dànno ivi corsi di Laringologia; tale per es. è il caso a Genova, a Firenze, a Torino, a Padova. Sventuratamente, non abbiamo potuto ottenere indicazioni più precise su tale riguardo. (4) Questi pareggiati non hanno l'incarico dell'insegnamento ufficiale,

---

(1) Sono i più volenterosi studenti di 6.° anno ed i giovani Laureati, quelli che rappresentano gli uditori; ma quest' anno, volontariamente, furono scelti per tesi di laurea, parecchi argomenti di Laringologia.

(2) Il Prof. Masucci.

(3) O più. Essi attualmente sono: gli egregi Dottori F. Cardone, A. Trifiletti e F. Felici. Ed in verità, pel rilevante numero d'infermi, è indispensabile forte ajuto di braccia. Bisogna coadjuvare i giovani nelle osservazioni, medicare, operare, scrivere le ordinazioni e registrare gl' infermi.

(4) A Milano, oltre del Dispensario nell'Ospedale Maggiore (che è frequentato da più di 1000 infermi all'anno) ve n'è un altro, anch'esso abbastanza frequentato, nella Poliambulanza, diretto dal Dott. Nicolai. È a nostra conoscenza, che a Novembre se ne aprirà un 3.° e che verrà affidato al Dott. Ripamonti, assistente del Prof. Labus.—A Genova, il Prof. O. Masini, docente con effetti legali, ha il vantaggio di usufruire, per cortesia, e per l'amore che porta alla Scienza il Ch. Prof. Maragliano, del materiale della Clinica Medica. — A Torino, i Dottori Tacconis e Mercandino (v. rendiconto pubblicato in questo fascicolo) dirigono un'Ambulanza annessa all' Ospedale di S. Giovanni Battista, ove letti ed agio non mancano.— Ed infine l'attivo e noto Prof. Grazzi, sebbene non abbia che effetti legali in Otojatria, detta un corso libero di laringologia ed ha un Dispensario fiorito e degno del nome che si è fatto. — Anche il Dott. Egidi, a Roma, tiene un dispensario privato, e frequentano quello per le malattie di orecchio, al quale insegnamento è proposto il Prof. Straordinario E. de Rossi, parecchi ammalati di gola.

e non dispongono del materiale clinico universitario. Nelle Università di secondo e di terz'ordine (l'Italia non ha meno di 22 Università) non ci ha alcun insegnante privato di Laringologia.

Nelle grandi città esercitano la pratica anche specialisti, ma in nessun punto essi sono tanto numerosi, quanto a Napoli. Oltre a ciò, in Italia il pubblico in generale non è abituato a rivolgersi agli specialisti, tranne il caso che vi sia un bisogno urgente, nè è proclive a sottoporsi ad una ordinata cura locale. Ciò deve recare tanto meno meraviglia, in quanto che in Italia la maggior parte dei medici non sente alcun interesse di apprendere i metodi di esame laringoscopico e rinoscopico. Come è noto, l'educazione medica del pubblico procede di pari passo con quella dei medici. Se i medici, in generale, non ritengono necessario di esaminare la laringe o farla esaminare da uno specialista nei casi di malattie di gola, ne risulta chiaramente che anche una gran parte degl'infermi ritengono che ciò non sia necessario, e si contentano delle medicazioni generali (1).

Nè i docenti, nè gli specialisti stanno in qualche rapporto con le cliniche e con gli ospedali (2). Quindi, a nessuna clinica ed a nessun ospedale è addetto un laringologo. In nessun ospedale ci ha una sala per le malattie di gola. E per quanto abbiamo potuto conoscere, nè clinici, nè medici ospedalieri coltivano con passione questa specialità. Crediamo che in Italia non ci ha, come in Germania, eminenti professori di Clinica che coltivino con passione la Laringologia, ed in siffatto modo incrementano e fanno progredire la nostra specialità, tanto nel campo scientifico, quanto in quello della pratica. E se si riflette che nella letteratura laringologica italiana di questi ultimi anni non brilla alcun nome di un professore di Clinica, è permesso dubitare, se ivi i professori di clinica si appassionano agli studii della Laringologia.

Da ciò che abbiamo detto risulta chiaramente, che in Italia, al pari che in certi altri paesi, si è ancora ben lungi dal riconoscere pienamente l'importanza della nostra specialità, di una specialità la quale dovrebbe essere conosciuta, per lo meno fino ad un certo grado, da tutti i medici, non fosse altro che a titolo di Laringoscopia, cioè metodo diagnostico (3). Del resto, non deve recare meraviglia che in Italia la Laringologia non si

(1) Sentiamo il dovere di protestare contro queste asserzioni: è il contrario; dopo la Germania e l'America, si può dire che l'Italia abbia in quasi tutte le sue città, un laringologo. Quale prova maggiore che nei medici e negli infermi la fede è grande?

(2) Ma a Genova abbiamo detto di sì.

(3) L'affermazione privata è intera; insufficiente ancora, quella del Governo.

è ancora affermata quanto merita, se si tiene conto che ivi essa è sorta da 16 anni. Ad ogni modo, in questo breve elasso di tempo è stato fatto relativamente molto. Oggi, in Italia gli studenti ànno ovunque la possibilità di poter apparare questa branca della Medicina, senza essere costretti a fare costosi viaggi all'Estero. E soprattutto in questi ultimi anni si è destato in Italia sempre più l' interesse per la nostra specialità, in quanto che mediante lo zelo di quelli che sono stati ivi i primi a coltivarla, si va sempre più accentuando nei giovani l'attrattiva di imparare la Laringologia. È da sperare, che a lavoratori instancabili, come per es. a MASSEI, riuscirà di procacciare in Italia, gradatamente, alla Laringologia, quel posto che essa deve occupare nel campo delle discipline mediche.

L'ardore con cui i laringologi italiani coltivano la specialità, è attestato dalle pubblicazioni laringoscopiche, che in Italia sono numerose, essendo relativamente piccolo il numero degli Autori. L'Italia possiede un giornale dedicato esclusivamente alla Laringologia, cioè gli «*Archivî italiani di Laringologia*», che viene pubblicato ogni tre mesi; oltre a ciò, possiede due altri periodici che si occupano anch'essi della nostra specialità, e cioè l' « *Archivio internazionale di Laringologia, Rinologia, Otologia, Pneumopatia ed Aeroterapia* », che appare ogni tre mesi, e la piccola pubblicazione bimensile, dal titolo « *Bollettino delle malattie dell'orecchio, del naso e della gola* ». Oltre che, in questi giornali, appajono articoli di Laringologia in tutti i periodici medici, grandi e piccoli, a partire da giornali che vengono quotidianamente a luce, fino ai bollettini che vengono pubblicati di tratto in tratto, e che sono ben poco accessibili. Le pubblicazioni riguardano per lo più piccoli lavori, storie di infermi, con epicrisi e bibliografie della letteratura nazionale ed estera; oltre a cio vengono stampate pure estese monografie. Negli ultimi due anni non sono apparsi in Italia trattati od opere voluminose di Laringologia (1).

(1) Parecchie pubblicazioni di MASSEI hanno la data del 1869, e nel 1872 il Prof. LABUS cominciò una rivista semestrale di Laringologia, che continuò per 6 anni.

Nell'Enciclopedia medica, edita dal Vallardi, è comparso sin dall'anno passato, nella lettera F. (rubrica Faringe e Fosse nasali) un trattato completo di MASSEI sulla faringoscopia e rinoscopia e sulle malattie del naso e del cavo naso-faringeo.

La specialità si affermò presso il mondo medico Italiano fin dal 1876, al Congresso medico Italiano di Torino, quando fu accordata alla Laringologia una sezione separata, preseduta dal LABUS, e fu per l'opera indefessa ed il forte volere di questo valoroso, che a Milano, nel Settembre del 1880, ebbe luogo il 1.° Congresso Internazionale di Laringologia, il resoconto del quale è monumento imperituro di valore scientifico e di orgoglio Italiano.

Come abbiamo già accennato, a proposito dell' articolo prece-quest'anno le tesi di Laurea presentate, su argomenti di Laringologia, sono state parecchie. Esse hanno avuto per titoli: la *difterite*, l'*ozena*, la *tubercolosi laringea*, l'*importanza della paralisi del crico-aritenoideo posteriore nei casi di aneurisma aortico*, le *vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo*, le *nevrosi riflesse del naso*, tutte approvate e queste ultime con 9 punti. Parecchie di queste osservazioni sono state fatte nella clinica Laringoiatrica, diretta dal Prof. Massei. Ecco un fatto che c'incoraggia non poco, perchè dice evidentemente che l'importanza dello studio della Laringologia è già bene inteso da' giovani studenti, non ostante che l'insegnamento non sia obbligatorio e non abbia, nel nostro Ospedale Clinico, tutti i mezzi necessarii (sala, letti, ecc.) per riuscire meglio nell'intento.

Al Prof. Massei, in data di Luglio 1886, era stato gentilmente dimandato se si sentiva disposto ad accettare *una posizione officiale* nella sezione di laringologia, che aprirà, nell'87 le sue discussioni, a Washington, a proposito del Congresso medico internazionale.

Il Prof. Massei ha risposto che la distanza gl'impediva di partecipare a tanto onore, ma che manderà un lavoro sulla erisipela della laringe.

Facciam noto ai lettori che nella seconda adunanza della società Laringologica spagnuola, che ebbe luogo dal 27 Settembre al 2 Ottobre p. p., vennero fatte importanti e numerose comunicazioni. Ciò onora altamente quel dotto consesso ed i nostri bravi confratelli.

Le meraviglie della scienza e dell'industria. — Nella seconda quindicina del prossimo Dicembre vedrà la luce: *Le Meraviglie della Scienza e dell' Industria*, Strenna del *Progresso* pell' anno 1887.

In questa pubblicazione, che da quattordici anni va ognor più guadagnandosi il favore del pubblico, figureranno interessantissimi lavori di accreditati Autori sulle più recenti novità Scientifico-Industriali.

Formerà un elegante volume di circa 150 pagine con illustrazioni, che verrà posto in vendita al prezzo di lire 2.

Verrà dato in premio gratuito a tutti coloro che si abboneranno l'anno 1887 al *Progresso, Rivista quindicinale illustrata delle nuove Invenzioni e Scoperte*, inviando l'importo in lire 8, prima del 31 Dicembre 1886, all'Amministrazione del giornale *Il Progresso*, Via Principe Tomaso, N.° 3, — Torino.

LIBRI VENUTI IN DONO

Bobone Dr. T. Un caso di spasmo starnutatorio. Storia e considerazioni. Firenze, 1886.

Bulletins et **Mémoires** de la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. Tome III. Fasc. II. Paris, 1886.

Carito Dott. **D**. Del metodo curativo della idrofobia secondo le esperienze del PASTEUR. Conferenza letta all' Associazione medica Nazionale. Napoli, 1886.

Caponotto Dott. **A.** — Novità di Cateteri e Cateterismo asettico. Torino, 1786.

Lange. — Congrès international périodique des Sciences médicales. 8me Section. Copenhague 1884. Compte-Rendu des travaux de la Section de Laryngologie. Copenhague, 1886.

Hartmann und **Schulte.** — Bericht über die Fortschritte und Leistungen der Ohrenheilkunde in der ersten Hälfte des Jahres 1885. Wiesbaden, 1885.

Guariglia Dott. **M.** — Contribuzione allo Studio dell' Aeroterapia. Napoli, 1886.

Canger Dott. **R.** — Dell' età dei genitori in rapporto alle forme di alienazione mentale. Nocera, 1886.

Parrozzani e **Finamore.** — Ricerche chimiche sulla composizione dell' acqua solforata di Caramanico, seguite da una Relazione intorno alle virtù medicamentose dell' acqua medesima. Aquila, 1886.

Ramon de la Sota y Lastra. — A contribution to the study of Lupus of the throat. 1886.

— Paralisis miopatica de los crico-aritenoideos posteriores. Sevilla, 1886.

Solis-Cohen. — Further History of the case of Paralysis of the Posterior crico-arytenoid Muscles, presented at the first Meeting of the Association in 1879. With Report of Autopsy and Exhibition of Specimen and Microscopic Preparations. 1886.

Vitone Dott. **V.** — Sullo stato sanitario delle orfane del colera del 1884 ricoverate nel R. Ritiro del SS. Ecce Homo. Napoli, 1886.

Knight Dott. **F.** — Laringeal vertigo. 1886.

Krause Dott. **H.**—Die nasalen Reflexneurosen, insbesondere das Nasale Asthma und die experimentelle Trigeminusforschung. Berlin, 1886.

Schiffers (di Liegi). — De l'hémiatrophie de la langue, 1886.

Masini Prof. **O.** — Sul valore negativo dell' acido lattico nella cura della tubercolosi laringea. Firenze, 1886.

Masius, Closson et **Schiffers.** — Annales de la Clinique interne—Université de Liège. Liège, 1886.

Montefusco Prof. **A.** — L' Ospedale Domenico Cotugno, Notizie. Napoli, 1886.

Di Lorenzo Prof. **G.** — Bozzetti pediatrici. Milano, 1886.

Margary Prof. **F.** — Ostaotomie, Osteoclasie e raddrizzamenti forzati. Statistica personale. Milano, 1886.

Strümpell Prof. **A.** — Trattato di Patologia speciale Medica e Terapia. Trad. italiana. Vol. I e II (Appendice) Fasc. 34 e 35 e Vol. III, fasc. 5 e 6. Antica casa Editrice Dottor FRANCESCO VALLARDI, Milano, Napoli 1886.

Charazac Dott. **J.** — Contribution à l'étude des gommes du Larynx.

Krause.—Aphonia und Dyspnoea (laryngo-)spastica. Berlin, 1886.

Grazzi Prof. **V.** — Manuale di Otologia compilato per i medici-chirurgici e per gli studenti. Firenze, 1886.

Brunetti Dott. **G.** — Cenni statistico-clinici sul primo anno di pratica otojatrica in Venezia, 1886.

Limoncelli Prof. **G.** — Considerazioni sulla Statistica dei folli del Manicomio interprov. V. E. II. pel 1885 e Relazione clinico-statistica sulla succursale Materdomini. Nocera, 1886.

Stoerk Prof. **C.** — Ueber die lokale Behandlung der Empyems der Highmorshöhle. Wien, 1884.

Max Thorner. — The removal of foreign bodies from the larynx: A cockleburr removed from the larynx by VOLTOLIN's sponge method. Cincinnati, 1886.

INDICE

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Indice Alfabetico degli Autori di lavori originali.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

FONDATO E DIRETTO

dal dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto
Prof. incaricato per l'insegnamento di Laringologia nella R. Univ. di Napoli.

REDATTORE

DOTT. PIETRO MASUCCI

Prof. pareggiato e Coadiutore alla Cattedra di Laringologia.

COLLABORATORI

Professori: J. Baratoux (Parigi) — G. Boucher (Napoli)— A. Caselli (Genova) — D. Cervesato (Padova) — A. Cicconardi (Napoli) — G. Clemente (Catania)—V. Cozzolino (Napoli)—R. de la Sota y Lastra (Siviglia)—A. Fasano (Napoli)—E. Fazio (Napoli) — G. Frua (Milano) — V. Grazzi (Firenze) — C. Labus (Milano) — F. Margary (Torino) — O. Masini (Firenze) — V. Meyer (Napoli) — V. Morra (Napoli) — E. J. Moure (Bordeaux) — G. F. Novaro (Torino)—G. Ruggi (Bologna)—F. Trombetta (Messina)— A. Urbino (Firenze)—W. Zawerthal (Roma).

ANNO IV. — 1884-85

NAPOLI
TIPOGRAFIA DEL VAGLIO
Piazza Cavour N.° 13
1885

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

FONDATO E DIRETTO

dal dott. FERDINANDO MASSEI

Specialista per le malattie di naso, di gola e di petto
Prof. incaricato per l'insegnamento di Laringologia nella R. Univ. di Napoli.

REDATTORE

DOTT. PIETRO MASUCCI

Prof. pareggiato e Coadiutore alla Cattedra di Laringologia.

—

COLLABORATORI

Professori: J. Baratoux (Parigi) — G. Boucher (Napoli)— A. Caselli (Genova) — D. Cervesato (Padova) — A. Cicconardi (Napoli) — G. Clemente (Catania) — V. Cozzolino (Napoli)—R. de la Sota y Lastra (Siviglia)—A. Fasano (Napoli)—E. Fazio (Napoli) — G. Frua (Milano) — V. Grazzi (Firenze) — C. Labus (Milano) — F. Margary (Torino) — O. Masini (Firenze) — V. Meyer (Napoli) — V. Morra (Napoli) — E. J. Moure (Bordeaux) — G. F. Novaro (Torino)—G. Ruggi (Bologna)—F. Trombetta (Messina)—A. Urbino (Firenze)—W. Zawerthal (Roma).

ANNO IV. — 1884-85

NAPOLI
TIPOGRAFIA DEL VAGLIO
Piazza Cavour N.° 13
1885

...gine 48 in 8.º, ogni tre mesi...

...ennaio e 15 Aprile di ciascun...

...bligatorio per un anno, e costa L. ...

...ero: pagamento anticipato.

...eparato L. 2.

...mente offriamo per lire venti, ai primi novelli...

...bbonamento per l'anno quinto, ed i primi 4 anni...

...tro eleganti volumi.

...iglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia post...

...Prof. Massei.

...talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono...

...agamenti, s' intendono riconfermati per l'anno 5.º

RCHIVII ITALIANI

DI

...IGOLOGIA

...TRIMESTRALE

...lio Superiore di P. I.

...IRETTO

...ANDO MASSEI

...di naso, di gola e di petto
...di Laringologia nella R. Univ. di Napoli

...EDATTORE

...IETRO MASUCCI

...con effetti legali in Laringojatria
...lla Cattedra di Laringologia

COLLABORATORI

... (Parigi) — **G. Boucher** (Napoli) — **F. Cardone** (Na-
...elli (Genova) — **D. Cervesato** (Padova) — **G. Cicconardi**
... **Clemente** (Catania) — **V. Cozzolino** (Napoli) — **R. de la**
...**astra** (Siviglia) — **A. Fasano** (Napoli) — **E. Fazio** (Napoli) —
...**zi** (Firenze) — **C. Labus** (Milano) — **F. Margary** (Torino) —
...**sini** (Genova) — **V. Meyer** (Napoli) — **V. Morra** (Napoli) — **E.**
...**oure** (Bordeaux) — **F. G. Novaro** (Torino) — **G. Ruggi** (Bologna) —
...**Trombetta** (Messina) — **W. Zawerthal** (Roma).

ANNO V. — 1885-86

NAPOLI
TIPOGRAFIA L'UNIONE DI GAETANO MICILLO
nell'ex Convento di S. Antonio a Tarsia
1886